



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA KONRAD LORENZ**

**EFFECTO DE UN PROTOCOLO BREVE ONLINE BASADO EN LA TERAPIA DE  
ACEPTACIÓN Y COMPROMISO SOBRE LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA Y  
SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL EN POSPENADOS**

**BRENDA MARCELA BELTRÁN SIERRA**

Trabajo de grado para optar el título de:

**Magister en Psicología Clínica**

**ANDREA BIBIANA CRIOLLO GÓMEZ**

Directora trabajo de tesis

**Programa de Maestría en Psicología Clínica**

**Facultad de psicología**

**Bogotá, D.C. Septiembre de 2020**

Agradezco a:

Agradezco a mi familia por el apoyo, comprensión y acompañamiento durante la realización de este trabajo, así como la supervisión de Andrea Criollo, directora de tesis; a la empresa Psicología, Prisión y Derecho SAS, por su colaboración y apoyo, finalmente a los participantes, por su disposición e interés durante la investigación.

## **TABLA DE CONTENIDO**

Resumen, 1

Abstract, 2

Introducción, 3

Marco teórico y empírico, 7

    Sintomatología emocional, 11

    Terapia de Aceptación y Compromiso, 13

    ACT en contextos forenses, 17

Aspectos metodológicos, 20

    Problema de investigación, 20

    Objetivos, 22

        Objetivo general, 22

        Objetivos específicos, 22

    Variables, 23

        Variable independiente, 23

        Variables dependientes, 23

            Flexibilidad psicológica, 23

            Sintomatología emocional, 24

    Hipótesis, 25

Método, 26

    Participantes, 26

Diseño, 27

Instrumentos, 27

Cuestionario de datos sociodemográficos, 27

Cuestionario de Aceptación y Acción, 27

Cuestionario de Fusión Cognitiva, 28

Cuestionario de Valores, 28

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, 28

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático-Revisada, 28

Procedimiento, 29

Análisis de datos, 35

Consideraciones éticas, 37

Resultados, 39

Resultados descriptivos por participante, 40

Resultados de la medición de variables, 44

Discusión, 58

Limitaciones, 61

Referencias, 63

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. Observaciones y ajustes del protocolo, 29

Tabla 2. Protocolo de ACT por sesión, 33

Tabla 3. Análisis de la prueba Anova en las medidas de contraste, 50

Tabla 4. Análisis de la prueba Friedman en las medidas de contraste, 51

Tabla 5. Comparación por parejas de las medidas de contraste, 52

Tabla 6. Comparaciones intrasujeto fase A de variables flexibilidad psicológica, 54

Tabla 7. Comparaciones intrasujeto fase B de variables flexibilidad psicológica, 56

Tabla 8. Comparaciones intrasujeto entre fase A y B de flexibilidad psicológica, 57

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AAQ-I Cuestionario de Aceptación y Acción

ACT Terapia de Aceptación y Compromiso

CFQ Cuestionario de Fusión Cognitiva

DASS-21 Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés

EGS-R Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático- Revisada

GLM Modelo de buena vida

TCC Terapia Cognitivo Conductual

TMR Teoría de Marcos Relacionales

VQ Cuestionario de Valores

## **Resumen**

El objetivo principal de esta investigación fue evaluar el efecto de un protocolo breve online basado en el modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la flexibilidad psicológica y la sintomatología emocional en pospenados. Se realizó la aplicación del protocolo en cinco sesiones, a cuatro sujetos de sexo masculino entre 18 y 50 años, que fueron reintegrados a la sociedad en un tiempo menor o igual a doce meses. Se utilizó un diseño de caso único A-B intrasujeto con seguimiento. Se obtuvieron medidas pretest, posttest y seguimiento de los instrumentos EGS-R, DASS-21, AAQ-II, CFQ, VQ, y adicionalmente, de forma semanal se tomaron medidas repetidas a través del AAQ-II, CFQ, VQ. El análisis de datos se realizó mediante inspección visual y análisis estadísticos; los resultados mostraron disminución de síntomas emocionales y aumento de los procesos de flexibilidad psicológica. Se discutieron las limitaciones del estudio y se realizaron recomendaciones sobre futuras investigaciones con pospenados que incluyan intervenciones basadas en esta terapia.

Palabras Claves: Terapia de Aceptación y Compromiso, flexibilidad psicológica, sintomatología emocionales, pospenados.

### **Abstract**

The main objective of this research was to evaluate the effect of a brief online protocol based on the Acceptance and Commitment Therapy model on psychological flexibility and emotional symptomatology in people who were deprived of liberty. The protocol was applied in five sessions, to four male subjects between 18 and 50 years old, who were reintegrated into society in less than or equal to twelve months. A single case type A-B intrasubject design with follow-up was used. Pre-test, post-test and follow-up measurements were obtained from the EGS-R, DASS-21, AAQ-II, CFQ, VQ instruments, and additionally, repeated measurements were taken weekly through the AAQ-II, CFQ, VQ. Data analysis was performed by visual inspection and statistical analysis; the results showed a decrease in emotional symptoms and an increase in the processes of psychological flexibility. The limitations of the study were discussed and recommendations were made for future research with offenders who were reintegrated into society, that include interventions based on this therapy.

Key Words: Acceptance and Commitment Therapy, psychological flexibility, emotional symptoms, offenders who were reintegrated into society.



## **Efecto de un protocolo breve online basado en la terapia de aceptación y compromiso sobre la flexibilidad psicológica y sintomatología emocional en pospenados**

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) hace parte de las Terapias de Tercera Generación, que han mostrado efectividad en el tratamiento de una amplia gama de problemas psicológicos; como la depresión, trastornos de ansiedad (Twohig y Levin, 2017; Hacker, Stone y MacBeth, 2016), dolor crónico, consumo de sustancias psicoactivas, psicosis, estrés, entre otras (A-Tjak, et al, 2014; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004; Hayes, 2004). De ahí que, se pueda contemplar la ACT desde una perspectiva transdiagnóstica, pues propone como procesos transversales la evitación experiencial y fusión cognitiva en distintos grupos de trastornos clínicos (Ruiz, 2010), más aun, al ser un modelo uniforme de sufrimiento humano, permite abordar diferentes problemáticas no clínicas y acoge el desarrollo de habilidades generales de la vida (Strosahl, Robinson y Gustavsson, 2012).

Siendo así, en las revisiones anteriores, se ha encontrado que esta terapia es eficaz en distintas condiciones; incluyendo la comparación con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), en donde los resultados arrojan que la ACT tiene mayor o igual efectividad, así como mejorías más representativas en los periodos de seguimiento. Asimismo, muestran que es eficaz tanto en terapia individual como grupal y resaltan la ventaja de evidenciar efectos relevantes con intervenciones breves.

Además, con la finalidad de romper con las barreras que se pueden presentar en la atención a personas con problemas psicológicos, se han usado herramientas tecnológicas que permiten promover la salud y bienestar de las personas, especialmente, en trastornos del estado del ánimo (Blackburn y Goetter, 2020). En vista de esto, la ACT también ha sido usada para intervenciones a través de internet; en la revisión sistemática de Kelson, Rollin, Ridout y

Campbell (2019), se evidenciaron en 18 estudios una variedad de intervenciones con o sin acompañamiento del terapeuta, que generaron reducción de síntomas de ansiedad relacionados con trastornos de ansiedad generalizada, social y por enfermedad, mostrando que aquellos que tenían apoyo de un terapeuta producían mayores efectos.

De forma particular, se ha evidenciado que las intervenciones por videoconferencia tienen efectividad en el tratamiento de trastornos de ansiedad y depresión, desde distintas terapias basadas en la evidencia, incluyendo aquellas que presentan componentes de aceptación y técnicas conductuales (Blackburn y Goetter, 2020; Tuerk, Keller y Acierno, 2018). En el caso de la ACT, son escasas las investigaciones realizadas en esta modalidad, siendo así, se encuentra evidencia de su impacto en el tratamiento de la ansiedad social (Yuen, et al, 2019) y el dolor crónico (Herbert, et al, 2016).

En este sentido, en los últimos años ha aumentado el interés por la aplicación de ACT en diversas poblaciones y problemáticas, abarcando las personas en el ámbito forense, no obstante, es poca la evidencia empírica encontrada a nivel mundial. De igual manera, al ser la videoconferencia una forma de atención clínica relativamente nueva, es nula la investigación en este tipo de contexto.

En concreto, se ha realizado aplicación de la terapia a mujeres privadas de la libertad, con síntomas de enfermedad mental (Riley, Smith y Baigent, 2019) y con problemas de sustancias psicoactivas (González, Fernández, Rodríguez y Villagrà, 2014; Villagra y González, 2013); se intervino a jóvenes delincuentes con conductas agresivas (Mohammadi, Farhoudian, Shoaee, Younesi y Dolatshahi, 2015) y se aplicó a hombres con condena por delitos violentos (Flores, 2018; Eisenbeck, Scheitz y Szekeres, 2016; Sahagún y Salgado, 2013). En general, estas investigaciones concluyen que la ACT parece ser factible en el ambiente carcelario,

evidenciando aumento de comportamientos consistentes con los valores de los internos y observando que las mejoras obtenidas con el tratamiento se mantienen a largo plazo, por lo que sugieren la realización de más estudios en este medio.

Es así que, se ha considerado la ACT como una alternativa para ayudar a la población forense a obtener estrategias de cambio de comportamiento prosocial, que perduren a lo largo del tiempo, que mitigue el riesgo de reincidencia y disminuya los efectos generados por la privación de su libertad (Brillhart, 2017).

En esta medida, si se incluye dentro del ámbito forense a la población que egresa de la cárcel, y se tiene en cuenta que se han visto expuestos a eventos traumáticos y dificultades en su entorno, antes, durante y después de su estancia en la misma (Bustamante, et al, 2013), se denota la importancia de evaluar e intervenir los factores de riesgo emergentes en el pospenado.

Es así que, se ha evidenciado que posterior a la liberación presentan una serie de síntomas afectivos relacionados con ansiedad, depresión y estrés postraumático (Listwan, Hanley, y Colvin, 2012); muestran aumento de consumo de drogas (Begun, Early y Hodge, 2015; Shinkfield y Graffam, 2009) y dificultades en el establecimiento de relaciones sociales (Liem y Kunst, 2013; Listwan, Colvin, Hanley y Flannery, 2010).

Además, pueden presentarse variables dinámicas que aumentan la probabilidad de reincidencia como las conductas impulsivas; actitudes o pensamientos pro-criminales; el mantenimiento de relaciones interpersonales en ambientes criminales; conflictos en el ámbito familiar y de pareja; bajo nivel de logros sociales a nivel escolar, laboral y poco involucramiento y satisfacción en actividades de ocio saludables (Singh y Fazel, 2010; Andrews y Bonta, 2010).

Para la intervención no solo hay que tener en cuenta estos factores de riesgo, sino también, buscar dotar al individuo de recursos internos y externos que le permitan vivir una

mejor vida, que sea socialmente aceptable y personalmente significativa, como se plantea en el modelo de rehabilitación para infractores, “The Good Lives Model (GLM)”, pues abarca el comportamiento criminal y plantea que las alteraciones en la salud mental debilitan las capacidades de la persona para satisfacer sus bienes primarios, lo que pone en peligro la posibilidad de tener una vida gratificante, además, de que se encuentran expuestos a niveles de intolerancia y exclusión social, lo que se agrava al presentar conductas delictivas (Barnao, Ward y Robertson, 2015).

Por consiguiente, el GLM contempla los aspectos que se deben tener en cuenta para la implementación de un tratamiento que busque reducir la probabilidad de la actividad criminal, dotando al individuo de los recursos necesarios para llevar un tipo de vida diferente, significativa y satisfactoria (Barnao, et al, 2015).

De este modo, el enfoque de la ACT, se acopla al planteamiento del GLM, por lo que puede jugar un papel importante para que el pospenado no solo pueda mejorar su salud mental, sino que pueda continuar una vida prosocial, al lograr abordar el comportamiento criminógeno desde la flexibilidad psicológica, principalmente desde la clarificación de valores y la acción comprometida (Brillhart, 2017).

De esta manera, la ACT en este contexto puede enfocarse en cambiar los patrones de comportamiento relacionados con la inacción, la impulsividad y la evitación, mediante procesos que permiten que el individuo sea más consciente del momento presente, pueda estar en apertura a sus eventos privados y su entorno, de forma que, consiga reducir la influencia que estas experiencias tienen en su comportamiento y logre mayor disposición a realizar acciones guiadas por sus valores (Brillhart, 2017; Amrod y Hayes, 2014).

Conforme a lo expuesto anteriormente, la realización de la presente investigación, surge al evidenciar que algunos programas de intervención tienen dificultades para mantener los cambios generados a largo plazo; el poco cuerpo empírico sobre la efectividad de la ACT en el ámbito forense y en la modalidad de telepsicología; la falta de estructura de una intervención psicológica en el pospenado; el beneficio de la ACT en trabajar con acciones valiosas para el individuo y al mostrar efectividad en periodos cortos de tiempo, así como el mantenimiento de los resultados a largo plazo.

Por tanto, el principal aporte es la generación de estrategias que permitan la comprensión e intervención de los comportamientos del pospenado desde una perspectiva contextual, logrando así una atención óptima que promueva una vida valiosa. De modo que, se contribuya con el proceso de reinserción a la sociedad, el mejoramiento de su salud mental y se amplíe la evidencia empírica de la aplicación de la ACT en este contexto.

### **Marco Teórico y Empírico**

A nivel mundial, las personas que tienen mayor probabilidad de sufrir problemas de salud mental, no solamente presentan factores de riesgo actuales tanto a nivel individual como a nivel contextual, sino que también se han tenido que enfrentar a diversos eventos adversos en el pasado. Entre estos grupos vulnerables se encuentran las personas sometidas a discriminaciones, violaciones de los derechos humanos y la exposición a conflictos, encontrando que la población carcelaria puede llegar a experimentar todos estos acontecimientos (Organización Mundial de la salud [OMS], 2013).

La situación privativa de la libertad es considerada como una experiencia traumática (Bustamante, et al, 2013), que puede originar o exacerbar síntomas mentales, por lo que cada vez

aumenta la cantidad de personas que requieren cuidados de salud mental dentro de un establecimiento penitenciario. De hecho, se calcula que este tipo de población es más propensa a desarrollar alguna enfermedad mental que la población general (Novo, Pereira, Vázquez, y Amado, 2017; Oficina de las Naciones Unidas Contra la droga y el delito [UNODC], 2011).

En Colombia, según el Informe de atención mental a población privada de la libertad de la Defensoría del Pueblo (2015), estimó que para ese año 2.340 internos habían sido diagnosticados con alguna enfermedad mental, sin embargo, indica que puede haber deficiencias en la toma de estos registros. De igual forma, se ha encontrado en diversos estudios una alta prevalencia de suicidios durante los últimos años (Niño, Díaz y Ramírez, 2017; Piñeros, 2014; Larrotta, Luzardo, Vargas y Rangel, 2014).

Conforme a esto, la afectación psicológica del recluso, dentro de ese proceso de prisionalización, está relacionada con diferentes factores como la infraestructura, cambio de actividades y tiempo, relaciones, cultura y política penitenciaria (Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario [INPEC], 2011); dentro de los cuales el sujeto se encuentra sometido al aislamiento, separación familiar, cambios de rutina, horarios que no son elegidos, limitación de movimientos, falta de privacidad, hacinamiento, ambiente estresante, convivencia involuntaria, violencia, servicios de salud inadecuados, entre otros (Bustamante, et al, 2013; UNODC, 2011).

En consecuencia, el individuo se ve obligado a cambiar su patrón conductual como forma de adaptación; si bien, dependiendo de los estresores cotidianos y de las características individuales, estos factores tendrán mayor o menor impacto (INPEC, 2011). Debido a esto, pueden llegar a presentar cambios en su estado de ánimo, relacionados con sintomatología de depresión, ansiedad y estrés postraumático (Zabala, 2016; Ruiz, 2007).

Siendo así, las falencias de los establecimientos penitenciarios en Colombia, no permiten la reducción de estos efectos de prisionalización, sino que además repercuten tanto en las necesidades básicas como en la efectividad del tratamiento penitenciario, y por ende, impide el cumplimiento de la resocialización (Hernández, 2018).

No obstante, el recluso continúa cumpliendo el tiempo establecido de su condena y se prepara para reintegrarse a la sociedad. Una vez puesto en libertad, el pospenado se encuentra sometido a una serie de factores de riesgo adicionales, relacionados principalmente con la situación económica, la relación familiar y el impacto psicológico al salir, lo que puede incidir en su proceso de reinserción y/o aumentar la probabilidad de reincidencia (Ordoñez, 2016; Shinkfield y Graffam, 2009; INPEC, 2019).

A saber, se ha evidenciado que posterior a la liberación, los pospenados presentan una serie de síntomas afectivos relacionados con ansiedad, depresión y estrés postraumático (Listwan, Hanley, y Colvin, 2012); muestran aumento de consumo de drogas (Begun, Early y Hodge, 2015; Shinkfield y Graffam, 2009), poca capacidad para buscar empleo, dificultades en la toma de decisiones; incapacidad para confiar en los demás y juzgan las intenciones de las personas, lo cual incide en el establecimiento de relaciones sociales e íntimas (Liem y Kunst, 2013; Listwan, Colvin, Hanley y Flannery, 2010).

En definitiva, todos estos factores ponen en riesgo su salud mental y aumentan la probabilidad de que regresen a la cárcel (Liem y Kunst, 2013; Shinkfield y Graffam, 2009), lo que causa problemáticas como la constante afectación de víctimas, sentimientos de inseguridad por parte del recluso respecto al reingreso a la comunidad y se fomenta el aumento de sobrepoblación y hacinamiento dentro de los establecimientos carcelarios (Fundación Ideas para la paz [FIP], 2018).

A raíz de toda esta problemática, la Corte Constitucional (Sentencia T-762 de 2015, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado) ordena mejorar la política penitenciaria y carcelaria de Colombia, manifestando la importancia de incluir un proceso de acompañamiento y seguimiento, a partir del momento en que la persona es liberada. De esta manera, resulta imprescindible el desarrollo de programas, actividades y estrategias, que permitan la reducción de los efectos adversos del encarcelamiento, y promuevan el restablecimiento de vínculos familiares y sociales (Consejo Nacional de Política Económica y Social [CONPES], 2015).

Dicho esto, se planteó crear un espacio que pudiera hacer frente a las necesidades de los ex-reclusos, atendiendo los factores de riesgo y protección, para lo cual se creó el Programa Casa Libertad, el cual tiene como objetivo “Construir rutas de atención integral para población pospenada que promuevan el desarrollo de habilidades personales y laborales, con el fin de facilitar su reintegro a la sociedad y el acceso a nuevas oportunidades que permitan su desempeño funcional en la vida en libertad” (Ministerio de Justicia y del derecho, 2019, pp. 11).

Como base de la atención, se tuvo en cuenta el Programa de preparación para la libertad y servicio postpenitenciario, en donde se plantean como dimensiones los ámbitos individual, familiar, comunitario y productivo, no obstante, se realiza mayor énfasis en el ámbito individual durante la preparación para la libertad, buscando el fortalecimiento de estilos de afrontamiento, resolución de conflictos, habilidades sociales, cambio de actitudes y creencias, y autocontrol; y el servicio postpenitenciario se enfoca en la vinculación familiar, laboral y educativa con organizaciones comunitarias y que satisfagan necesidades básicas; junto con atención psicológica dirigida a orientación y asistencia (Sotelo y Carrión, 2014).

En vista de que, el acompañamiento postpenitenciario se enfoca en mayor medida en la gestión institucional para promover oportunidades, no se logra continuar con un proceso que



permita la generalización de las habilidades adquiridas durante la preparación para la libertad, ni se incluye un tratamiento psicológico que permita intervenir tanto los efectos generados del encarcelamiento, como los presentados en el momento en que la persona regresa a la comunidad, convirtiéndose en factores de riesgo para reincidir, como ya se mencionó.

Teniendo en cuenta lo anterior, se evidencian los esfuerzos para brindar una atención psicosocial a las personas que salen de la cárcel, sin embargo, al ser una población que ha sido invisibilizada, se carece de investigaciones, políticas, cifras de la problemática e intervenciones eficaces, motivo por el cual se resalta la necesidad de aportar desde la psicología a los pospenados, con miras de ayudar a mejorar su calidad de vida y todas las implicaciones que tiene en la sociedad.

### **Sintomatología emocional**

El estudio de la psicopatología se ha basado en el modelo de la anormalidad, estableciendo síndromes que resultan en consideraciones nosológicas, lo que implica una configuración topográfica de los problemas psicológicos, que en consecuencia genera que se debilita la toma de decisiones eficaces para el tratamiento, pues se resta importancia a otras formas de sufrimiento psíquico y se convierten dificultades normales de la vida en patológicas. Asimismo, supone una limitación en la validez de las categorías diagnósticas al encontrarse una tasa alta de comorbilidad en los trastornos (Hayes, Strosahl y Wilson, 2014).

Esta concurrencia revela como los mismos tienen etiologías comunes, lo que da lugar a considerar como alternativa el análisis de los factores causales y mantenedores desde una perspectiva multidimensional, que permita integrar los procesos biológicos, cognitivos y conductuales que sean consistentes en una gama de problemas psicológicos. Lo anterior, puede

establecerse como un modelo transdiagnóstico, esto es, adoptar una aproximación científica convergente e integradora (Sandín, Choroy y Valiente, 2012).

Partiendo de una concepción psicopatológica, la comorbilidad se presenta como un fenómeno frecuente en los trastornos emocionales, de ahí que, aunque se presenten de forma distinta, sea preciso establecer los procesos cognitivos y/o conductuales que comparten (Sandín, et al, 2012). De acuerdo con esto, se ha de considerar para el presente estudio como sintomatología clínica; la depresión, que es el conjunto de síntomas relacionados con estado de ánimo bajo, disforia, desesperanza, tristeza, anhedonia, disminución del autoestima y el incentivo, y baja probabilidad de lograr las metas vitales significativas para el individuo (Ruiz, García, Suárez y Odriozola, 2017; Lovibond & Lovibond, 1995 citados por Antúnez y Vinet, 2012); la ansiedad, “descrita como síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblor o desmayo), destacando los vínculos entre un estado prolongado de ansiedad y una respuesta aguda de miedo” (Lovibond & Lovibond, 1995 citados por Antúnez y Vinet, 2012, pp. 66); el Estrés, como “ la tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado” (Lovibond & Lovibond, 1995 citados por Antúnez y Vinet, 2012, pp. 66); y Estrés postraumático, como la reacción ante sucesos traumáticos, que se caracteriza por presentar síntomas de reexperimentación del hecho, evitación conductual y/o cognitiva, alteraciones cognitivas, estado de ánimo negativo, aumento de la activación psicofisiológica, conductas de riesgo o autodestructivas. Asimismo también se pueden llegar a presentar síntomas disociativos (TEPT agudo o crónico) (Echeburúa, et al, 2016).

Conforme a lo ya planteado, dentro de los elementos comunes que se pueden evidenciar en los síntomas clínicos nombrados, se encuentran la rumiación y preocupación; si bien son

constructos distintos, se consideran respuestas que comparten un patrón de pensamientos perseverantes y centran su atención en lo negativo, teniendo como consecuencia quedarse enredados en los problemas y sentimientos vinculados, lo que se convierte en interferencia para buscar soluciones activas y estrategias eficaces (González, Ibañez y Barrera, 2017); de la misma forma, la evitación vivencial, genera que el sufrimiento se mantenga al presentar un ciclo de comportamiento que busca evitar, suprimir o escapar de pensamientos, sentimientos, recuerdos o sensaciones físicas, lo que provoca pérdida del contacto con las consecuencias positivas que se presentan si respondiera en lugar de evitar (Hayes, et al, 2014).

Para dar respuesta a estos problemas comunes, la ACT postula un conjunto de procesos congruentes que se aplican a distintos problemas psicológicos, así como a dificultades del funcionamiento y adaptabilidad humana, de ahí que, se considere una terapia que maneja un enfoque transdiagnóstico (Hayes, et al, 2014).

### **Terapia de Aceptación y Compromiso**

La ACT es una aproximación basada en el contextualismo funcional, el cual tiene como unidad analítica el acto en contexto y como propósito predecir e influenciar las variables modificables de los contenidos verbales y comportamentales, teniendo en cuenta el contexto histórico y situacional; para lo cual se requiere hacer un análisis con precisión, alcance y profundidad (Hayes, et al, 2014).

De esta manera, en ACT se está en continua búsqueda de entender y manipular la conducta (observable, emocional y/o cognitiva), lo que implica influir en su contexto, ya sea en su entorno, verbal u otro tipo; señalar las consecuencias de la misma a partir de la comprensión y función del evento en el contexto; y especificar los objetivos del cliente a partir de su viabilidad, es decir, aquello que funciona (Hayes, et al, 2014; Hayes, 2004).

De ahí que, la ACT adopte las leyes de formación y transformación de funciones vía verbal, a través del cambio de contingencias (Luciano, Valdivia, Gutiérrez y Páez, 2006), como lo asume la Teoría de Marcos Relacionales (TMR), según la cual, el núcleo del lenguaje humano y la cognición es la capacidad aprendida y controlada a partir del contexto, para relacionar de forma arbitraria los eventos de manera recíproca y cambiar las funciones de eventos concretos según la interacción con los demás. Siendo así, la TMR plantea tres implicaciones principales de la cognición humana: a) Es un tipo de comportamiento específico que es aprendido, b) altera los efectos de otros procesos conductuales, c) las relaciones y las funciones cognitivas están reguladas por diversas características contextuales de una situación (Hayes, et al, 2006).

A partir de este planteamiento, la ACT y la TMR, consideran que la psicopatología puede surgir de la forma en que el lenguaje y la cognición se relacionan con contingencias directas para provocar incapacidad en mantener o modificar el comportamiento a largo plazo (Hayes, et al, 2006).

Conforme a esto, se plantea un modelo que permite alterar la función del contexto verbal, en donde el lenguaje y la cognición se relacionen diferente con acontecimientos externos e internos, de modo que, tenga mayor flexibilidad y apertura a contactarse con las contingencias, percibiendo el flujo de los eventos y centrándose en las acciones valiosas de forma flexible (Hayes, et al, 2014).

Este modelo es llamado desde la ACT como flexibilidad psicológica y es considerado como un modelo de salud psíquica, psicopatología e intervención psicológica (Hayes, et al, 2014). Rechaza las contradicciones de un sistema cultural en el que la vida se convierte en un problema, el cual es visto como un trastorno, y su solución se enmarca en soluciones biológicas o equivalentes a sentirse bien de forma inmediata, lo que promueve la búsqueda de placer y la

supresión de eventos privados, de ahí que, postule que los trastornos psicológicos tengan en común un patrón de funcionamiento o regulación verbal ineficaz denominado evitación experiencial (Luciano, et al, 2006).

Considerando la flexibilidad psicológica como modelo de funcionamiento humano y cambio de conducta, la ACT busca que el individuo consiga tener comportamientos positivos que se encuentren dirigidos a sus valores mientras experimentan sus eventos privados, por medio del fortalecimiento de los procesos centrales correspondientes a la flexibilidad psicológica (Brillhart, 2017; Hayes, et al, 2014).

Estos procesos enseñan al cliente a: a) contactarse con el momento presente, de forma consciente y con apertura a lo que sucede en el aquí y el ahora; b) desarrollar una conexión con el yo como contexto que permita ser observador de sus eventos privados sin quedarse atrapado en el contenido de los mismos; c) tomar distancia de las vivencias internas para poder observarlas como experiencias que se tienen y no como verdades literales, lo que permite debilitar el dominio funcional de las respuestas basadas en reglas verbales, este proceso es denominado defusión; d) generar disposición a tener un “espacio” y experimentar sus eventos internos incómodos, tomando una postura activa de aceptación frente a estas vivencias que somos incapaces de cambiar; e) clarificar y contactarse con valores, es decir, con lo que considera realmente importante y que dirige su vida; d) tener acciones comprometidas, esto es, comportamientos específicos y efectivos basados en los valores (Brillhart, 2017; Hayes, et al, 2014).

La ACT ha mostrado efectividad en diferentes estudios (véanse revisiones en A-Tjak, et al, 2014; Hayes, et al, 2006; Hayes, et al, 2004; Hayes, 2004) y ha sido comparada con la TCC, en donde se ha podido evidenciar que es igualmente eficaz o mejor, y se han observado que los

resultados permanecen a largo plazo comparados con otras terapias. Estas investigaciones han sido aplicadas en formato breve y amplio; en formato individual y grupal; a diferentes problemáticas psicológicas como depresión, trastornos de ansiedad, estrés laboral, psicosis, consumo de sustancias, conductas autolesivas, miedos y preocupaciones, diabetes, dolor crónico, entre otros.

Además, la ACT también ha sido usada para intervenciones a través de internet, de forma particular, se ha evidenciado su uso en tratamiento de problemas clínicos por videoconferencia; si bien son escasas las investigaciones realizadas en esta modalidad, se logra observar su impacto en el tratamiento de la ansiedad social en dos estudios pilotos, encontrando disminución significativa de síntomas, aumento de habilidad para hablar en público, mejoría en la flexibilidad psicológica, aumento de conductas basadas en valores y satisfacción con el proceso (Yuen, et al, 2019), por su lado, también se mostró que el tratamiento del dolor crónico a través de videoconferencia, puede ser igual de efectivo y viable al tratamiento presencial (Herbert, et al, 2016).

Cabe mencionar que la modalidad de videoconferencia se ha adoptado en Colombia inicialmente desde el establecimiento de los lineamientos del desarrollo de la telesalud con la ley 1419 de 2010, y posteriormente, se recoge la normatividad para su regulación en la Resolución 2454 de 2019, en la cual se dictan las disposiciones para la telesalud y los parámetros para la práctica de la telemedicina. Esta última, se entiende como un componente de la telesalud, que tiene como objetivo facilitar el acceso, las oportunidades y la resolutiveidad en la prestación de servicios de salud, y configura la telemedicina interactiva como aquella relación entre el profesional de salud y el usuario, que se genera a través del uso de videollamada. Es así que, el psicólogo al ser un profesional de la salud, puede optar por el uso de la telepsicología para la

evaluación e intervención clínica, así como también, se convierte en una oportunidad para ampliar sus servicios, aumentar su efectividad y enriquecer sus prácticas (Colegio Colombiano de Psicólogos [COLPSIC], 2020).

### **ACT en contextos forenses**

Al considerar los modelos de rehabilitación para infractores, se tiene presente el planteamiento del modelo, “The Good Lives Model (GLM)”, el cual supone que las personas con antecedentes de delitos, al igual que todos los seres humanos, buscan obtener bienes primarios; los cuales son estados mentales, características personales o experiencias, que representan sus prioridades y crean un sentido de quiénes son y qué es lo que realmente vale la pena tener en la vida (Ward, Yates y Willis, 2011).

En concreto, proponen 11 clases de bienes primarios: (a) vida y funcionamiento saludables, (b) conocimiento, (c) excelencia en el juego, (d) excelencia en el trabajo, (e) autonomía y autodirección, (f) paz interior (libertad de agitación emocional y estrés), (g) relaciones íntimas, sociales y familiares, (h) comunidad, (i) espiritualidad (encontrar significado y propósito en la vida), (j) felicidad y (k) creatividad (Willis, Ward y Levenson, 2013; Ward, et al, 2011).

Este modelo postula que el delito se encuentra relacionado con los bienes secundarios o instrumentales, es decir, los medios (roles, prácticas y acciones específicas) para lograr bienes primarios, por lo que estos pueden ser prosociales o antisociales. Siendo así, el problema se asocia con omitir varios bienes para un buen plan de vida, la falta de coherencia o conflicto de los medios utilizados para alcanzar los bienes primarios y el déficit de capacidades internas y externas para satisfacer los mismos (Ward, et al, 2011).

Cabe señalar que, la evidencia empírica hasta el momento ha mostrado que las intervenciones a reclusos basadas en el GLM, han mejorado los resultados de los programas basados en el Modelo de Riesgo, Necesidad y Responsividad (atiende solo las necesidades criminógenas y se aplica a TCC). También, fueron más propensos a completar el tratamiento y se encontró que tuvieron mejoras de forma similar o mayor al tratamiento tradicional (Willis, Prescott, y Yates, 2013).

Conforme a lo anterior, los planteamientos del GLM son acordes a la filosofía de la ACT, principalmente en el establecimiento constante de direcciones de valor personal que permitan tener una vida plena y satisfactoria y, al comprender cómo las estrategias que utiliza el individuo pueden ser ineficaces y mantener la problemática. Por ello, la intervención de la ACT se ajusta a lo que propone el modelo GLM y posibilita ayudar al pospenado a tener una vida prosocial basada en sus valores (Brillhart, 2017).

En este sentido, se suman como componentes principales la aceptación y defusión (Brillhart, 2017) al evidenciar que personas con conductas antisociales tienen un alto nivel de evitación experiencial y poca capacidad de toma de perspectiva (Yavuz, Sahin, Ulusoy, Ipek y Kurt, 2016). Es así que, estos dos factores son claves en la apertura a la experiencia directa, pues permiten que el individuo considere sus vivencias internas, sin juzgarlas, como una actividad propia del funcionamiento de la mente, así como, facilita que se involucre con estas experiencias de una manera más plena, con una actitud de curiosidad hacia su aprendizaje y se genere un espacio para que tengan lugar (Hayes, et al, 2014). De manera que, estos procesos pueden permitir que esta población experimente y conozca una nueva forma de vida, diferente a la antisocial al buscar fomentar la flexibilidad psicológica, igualmente, que incorporen pautas y



habilidades emocionales, sociales y conductuales (Flores, 2013), y logren mejorar cada área de su vida, a partir de sus prioridades y lo que consideran valioso (Flores, 2013; Ward, et al, 2011).

Así, como se mencionó previamente, la ACT ha mostrado ser eficaz en establecimientos carcelarios en diferentes investigaciones a nivel mundial. Los siguientes estudios se han enfocado principalmente en el trabajo con valores, procesos de defusión y/o mindfulness. Se realizó una intervención en mujeres que decremento síntomas de enfermedad mental (Riley, et al, 2019) y consumo sustancias psicoactivas (González, et al, 2014; Villagra y González, 2013). De manera que, la ACT ha mostrado en diferentes estudios ser eficaz en la reducción de sintomatología emocional (Twohig y Levin, 2017; Hacker, et al, 2016; A-Tjak, et al, 2014) y en el consumo de sustancias como se evidencia en el metanálisis de Perea (2017) y en los estudios encontrados por Villagrà (2014).

Por su parte, se aplicó la ACT para disminuir la conducta violenta en jóvenes delincuentes, generando decremento en; conductas impulsivas, agresivas verbales y físicas, en la propensión a la ira (Mohammadi, et al, 2015; Gómez, et al, 2014). Por otro lado, se aplicó en hombres condenados por conductas violentas (Flores, 2018; Eisenbeck, et al, 2016; Sahagún y Salgado, 2013), mostrando reducción en niveles de evitación e impulsividad, mayor control de la ira y aumento de la consistencia de acciones basadas en valores.

En definitiva, se podría plantear que las investigaciones realizadas hasta el momento en contextos penitenciarios y forenses, basadas en la ACT, han mostrado efectividad en disminuir sintomatología emocional, consumo de sustancias, conductas agresivas e impulsivas, y se observa un aumento en la emisión de conductas en dirección a sus valores. No obstante, al no evidenciar implementación de la ACT en pospenados, se hace necesario ampliar el cuerpo

empírico, conocer las variables y componentes de la terapia que podrían ser más efectivos en esta población.

## **Aspectos Metodológicos**

### **Problema de investigación**

En Colombia se presentan diferentes problemáticas en los establecimientos penitenciarios y carcelarios, que actualmente interfieren con el fin resocializador de la pena y que contribuyen a la violación de derechos de las personas privadas de la libertad (Sentencia T-762 de 2015, M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado), a eso le sumamos, la gama de consecuencias psicológicas y físicas que trae consigo la prisionalización, así como las circunstancias complejas y variables dentro de la cárcel (Echeverri, 2010). De modo que, esta población puede tener mayores dificultades en la vida, no solo durante su estancia en la cárcel, sino que también impide su desarrollo personal cuando reingresan a la sociedad (Hernández, 2018).

Así que, el pospenado se enfrenta a una serie de desafíos al recobrar su libertad, relacionados con las problemáticas que pueden presentarse durante ese proceso de adaptación (Liem y Kunst, 2013; Shinkfield y Graffam, 2009); muchos de ellos pueden sentirse abrumados o desorientados a la hora de tener que enfrentarse a la vida (Amrod y Hayes, 2014), ya que esto supone encontrarse con dificultades económicas, desempleo y deterioro en las redes de apoyo, además pueden presentar algunos de los efectos psicológicos residuales del encarcelamiento, lo que se puede evidenciar por medio de ansiedad, depresión, estrés, consumo de sustancias, entre otros (Liem y Kunst, 2013; Listwan, et al, 2010; Shinkfield y Graffam, 2009).

Claramente, la población pospenada se encuentra en desventaja para lograr mejorar su calidad de vida, pues está en riesgo su salud mental, lo que genera mayor probabilidad de reincidencia, si no reciben un tratamiento adecuado (Liem y Kunst, 2013; Shinkfield y Graffam,

2009). Además de continuar fomentando el hacinamiento y sobrepoblación en los establecimientos carcelarios como lo menciona el informe estadístico del INPEC (2019), en el cual para enero del año 2019 se encontraban 184.376 reclusos condenados, de los cuales 21.151 son reincidentes; con una tasa de hacinamiento del 48%, que equivale a 38.542 reclusos intramuros.

De acuerdo a esto, según el CONPES 3828 (2015), la ausencia de una política integral para la población pospenada, tiene una relación directa con la reincidencia, por lo que plantea la necesidad de desarrollar programas y estrategias que disminuyan los efectos adversos de la estancia en prisión y que permita una reintegración adecuada y en condiciones de dignidad humana. De esta manera, determina como objetivo ayudar a generar acceso a nuevas oportunidades, realizar acompañamiento en la reconstrucción de lazos a nivel familiar y social, y disminuir las posibilidades de reincidencia.

En consecuencia, se han establecido algunos elementos específicos a tener en cuenta durante la fase del acompañamiento post-penitenciario, para que se desarrolle un programa de atención integral, lo que incluye propiciar la vinculación familiar, laboral, educativa, con organizaciones comunitarias y que satisfagan necesidades básicas (Sotelo y Carrión, 2014), no obstante, se denota mayor énfasis en la gestión institucional para la generación de oportunidades, y no se evidencia un tratamiento psicológico establecido que se adecue a las necesidades propias del pospenado.

Conforme a esto, los servicios de cambio individual relacionados principalmente con el fortalecimiento de relaciones personales, cambio de actitudes criminales, manejo de la ira, problemas psicológicos y/o de consumo de sustancias, generan mayor impacto en este tipo de

población y se asocian con un tiempo más largo para que reincidan (Visher, Lattimore, Barrick y Tueller, 2017).

Por todo esto, se evidencia la necesidad de generar una intervención psicológica que contribuya con el proceso de adaptación a la sociedad del pospenado, en donde se promueva en el individuo la generación de repertorios orientados hacia lo que es importante en cada área de su vida y la disminución de conductas inefectivas, de modo que mejoren su salud mental. Razón por la cual, se elige la ACT, al mostrar evidencia empírica de su efectividad en diferentes problemáticas (A-Tjak, et al, 2014; Hayes, et al, 2006; Hayes, et al, 2004; Hayes, 2004), siendo congruente con lo estipulado anteriormente.

De esta forma, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de la aplicación de un protocolo breve online basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la flexibilidad psicológica y sintomatología emocional en pospenados?

## **Objetivos**

**Objetivo general.** Evaluar el efecto de la aplicación de un protocolo breve online basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la flexibilidad psicológica y sintomatología emocional en pospenados.

**Objetivos específicos.** Determinar el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre sintomatología emocional en pospenados.

Establecer el efecto de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre la flexibilidad psicológica en pospenados.

## **Variables**

### **Variable independiente.**

***Protocolo breve basado en la ACT.*** Es un tratamiento centrado en los valores como medio para el cambio conductual, que busca que el lenguaje y la cognición se encuentren bajo un control contextual más efectivo, por lo que pretende alterar la función de los contextos verbales, lo que implica generar distanciamiento con los contenidos psicológicos, la potenciación de la dimensión del yo-contexto y la aceptación de los eventos privados mientras se dirige a sus valores (Wilson y Luciano, 2002).

El protocolo de ACT para pospenados es una adaptación terapéutica basada en los protocolos de Ruiz et al. (2018) y, Vargas y Coria (2017), no obstante, se incluyeron otros ejercicios de la literatura propia de ACT (Wilson y Luciano, 2002; Eifert, McKay, y Forsyth, 2006; Zettle, 2007; Siegel, 2011; Stoddard y Afari, 2014). Asimismo, en su adaptación se tiene en cuenta lo estipulado por Amrod y Hayes (2014), y Brillhart (2017) para la aplicación de cada componente de ACT en el medio forense, así como las investigaciones relacionadas en población penitenciaria (Riley, et al, 2019; Flores, 2018; Eisenbeck, et al, 2016; González, et al, 2014; Sahagún y Salgado, 2013).

Es así que, se plantea una intervención breve de 5 sesiones, que tiene los siguientes componentes transversales: Desesperanza creativa, Defusión cognitiva, Yo como contexto, Atención plena, Clarificación y conexión con valores, Compromiso de acción.

### **Variables dependientes.**

***Flexibilidad psicológica.*** Según Hayes et al. (2014), es un conjunto de procesos que contribuyen en el funcionamiento y adaptabilidad humana, y en términos opuestos, a la

psicopatología y el sufrimiento humano. De esta forma, se comprenden como procesos centrales y articulados:

*Aceptación.* Disponerse de forma voluntaria y de acuerdo a sus valores, a contactarse con las vivencias internas y/o externas que las generan, adoptando una postura abierta, receptiva, flexible y sin juicios (Hayes, et al, 2014). Esta variable se mide a través de los puntajes obtenidos en pretest-posttest y de forma semanal con la aplicación del AAQ-II.

*Defusión cognitiva.* Disminuir la regulación innecesaria de eventos cognitivos e incrementar el contacto con el proceso del relacionar; lo que implica crear un espacio entre su ser y sus eventos privados, reconociendo esta experiencia como piezas de lenguaje, palabras, imágenes diferentes a su ser, que no son amenazantes, ni se tienen que convertir en reglas que tienen que ser obedecidas, verdades o hechos (Hayes, Levin, Plumb, Villatte y Pistorello, 2013). Esta variable se mide a través de los puntajes obtenidos en pretest-posttest y de forma semanal con la aplicación del CFQ.

*Valores y compromiso con la acción:* Proceso que implica entrar en contacto con reforzadores del presente que son intrínsecos a acciones específicas y efectivas dirigidas a tener una vida significativa (Hayes, et al 2014). Esta variable se mide a través de los puntajes obtenidos en pretest-posttest y de forma semanal en la aplicación del VQ.

*Sintomatología emocional.* La cual se compone de síntomas de depresión, ansiedad, estrés y estrés postraumático.

*Depresión.* Es el conjunto de síntomas relacionados con estado de ánimo bajo, disforia, desesperanza, tristeza y anhedonia (Lovibond & Lovibond, 1995 citados por Antúnez y Vinet; 2012; Ruiz, García, Suárez y Odriozola, 2017). Se caracteriza por la disminución del autoestima

y el incentivo, asociada a una baja probabilidad de lograr las metas vitales significativas para el individuo (Lovibond & Lovibond, 1995 citados por Antúnez y Vinet, 2012).

*Ansiedad.* “Es descrita en relación a síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblor o desmayo), destacando los vínculos entre un estado prolongado de ansiedad y una respuesta aguda de miedo. También puede presentarse la ansiedad situacional como componente afectivo del estrés” (Lovibond & Lovibond, 1995 citados por Antúnez y Vinet, 2012, pp. 66).

*Estrés:* “Es la tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado” (Lovibond & Lovibond, 1995 citados por Antúnez y Vinet, 2012, pp. 66). Se encuentra relacionado con otros síntomas de TAG, como el nerviosismo e impaciencia (Ruiz, et al, 2017).

*Estrés postraumático:* Es la reacción de la víctima ante sucesos traumáticos, que se caracteriza por presentar síntomas de reexperimentación del hecho, evitación conductual y/o cognitiva, alteraciones cognitivas, estado de ánimo negativo, aumento de la activación psicofisiológica, conductas de riesgo o autodestructivas. Asimismo también se pueden llegar a presentar síntomas disociativos (TEPT agudo o crónico) (Echeburúa, et al, 2016)

Estas variables se miden por medio de los puntajes obtenidos en el DASS-21 y EGS-R, antes y después del tratamiento.

## **Hipótesis**

Ho. La implementación de la Terapia de Aceptación y Compromiso no producirá ningún efecto sobre la sintomatología emocional, ni en la flexibilidad psicológica de los pospenados.

H1. La implementación de la Terapia de Aceptación y Compromiso reducirá los síntomas emocionales con respecto a la registrada en la línea de base.

H2. La implementación de la Terapia de Aceptación y Compromiso aumentará la flexibilidad psicológica con respecto al registrado en la línea de base.

## **Método**

### **Participantes**

Para la presente investigación se contó inicialmente con la participación de cinco (5) personas, sin embargo, durante el proceso uno de ellos deserto voluntariamente del estudio.

Todos los participantes estuvieron privados de la libertad en un establecimiento carcelario de orden nacional y en la actualidad, se encuentran en su proceso de adaptación a la sociedad. Fueron contactados a través de una empresa de consultoría privada denominada Psicología, Prisión y Derecho SAS, y seleccionados por medio de un muestreo no probabilístico a conveniencia. Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios para seleccionar los participantes:

Se consideraron como criterios de inclusión: a) sexo masculino, b) edad mayor o igual a los 18 años y menor o igual a 50 años, c) tiempo menor o igual a 12 meses desde su reintegración a la sociedad, d) tener un puntaje de ansiedad, depresión y/o estrés equivalente a un grado de sintomatología moderada, severa o extremadamente severa, según el DASS-21, e) y/o presentar en la Escala de gravedad de síntomas revisada (EGS-R) un puntaje mínimo de 20 puntos, f) aceptar realizar el tratamiento de forma voluntaria. Así mismo, los criterios de exclusión definidos son: a) estar vinculado a un proceso terapéutico psicológico, b) presentar historia personal de diagnóstico psiquiátrico o de deterioro cognitivo, c) ser analfabeta.

Para identificar estos criterios se tuvo en cuenta el Cuestionario de Datos sociodemográficos.



## **Diseño**

El presente estudio se compone por un diseño de caso único A-B, con seguimiento, con el fin de identificar los efectos de la intervención online y en formato individual, estableciendo la línea de base y continuando con la aplicación de medidas repetidas de forma continua durante y después de la aplicación del protocolo.

Se utilizó este tipo de diseño ya que permite estudiar el impacto de la intervención dentro de la investigación conductual aplicada, el cual se caracteriza por la toma de medidas de comparación, continuas y repetidas; lo que posibilitó mayor control de las variables del estudio, reducción de las amenazas a la validez interna y orientación hacia el establecimiento de relaciones de orden causal. A su vez, al considerar que este diseño permite no solo el análisis de un sujeto sino incluir más participantes, se propuso en el presente estudio la integración de varios sujetos como un grupo, manteniendo la modalidad del diseño N=1, lo que contribuyó a la reducción de amenazas a la validez externa al poder realizar la replicación del procedimiento en varios sujetos, en condiciones similares. Cabe resaltar que este diseño es eficaz para trabajar con una limitada cantidad de sujetos al presentar características específicas, como la población de la presente investigación (Bono y Arnau, 2014).

## **Instrumentos**

**Cuestionario de datos sociodemográficos (CDP) (Anexo 1).** Es un cuestionario construido para la presente investigación, con el objetivo de obtener información de interés de los posibles participantes del estudio, que permita su uso en la selección de la muestra y caracterización de la población.

**Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ II) (Anexo 2).** Adaptación a la población Colombiana del Acceptance and Action Questionnaire (Bond, et al, 2011) realizada por Ruiz et

al. (2016). Permite medir evitación experiencial y aceptación psicológica; cuenta con 7 ítems y escala tipo Likert. Este cuestionario ha mostrado buenas propiedades psicométricas con un alfa de 0,91.

**Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ) (Anexo 3).** Adaptación a población Colombiana del Cognitive Fusion Questionnaire (Gillanders, et al, 2014) realizada por Ruiz, Suárez, Riaño y Gillanders (2017). Permite medir la fusión cognitiva; es un cuestionario tipo Likert con 7 ítems. Este cuestionario mostró altas propiedades psicométricas con un alfa de 0.93.

**Cuestionario de Valores (VQ) (Anexo 4).** Adaptación a población Colombiana del Valuing Questionnaire (Smout, Davies, Burns y Christie, 2014) realizada por Ruiz, Suárez, Riaño y Gil (en revisión). Posee dos subescalas; Obstrucción y Progreso. Este cuestionario ha demostrado buenas propiedades psicométricas con un alfo en Progresión de 0,81 y Obstrucción de 0,79.

**Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) (Anexo 5).** Adaptación a población Colombiana del Depression Anxiety and Stress Scale-21 (Antony, Bieling, Cox, Enns y Swinson, 1998) realizada por Ruiz, García, Suárez y Odriozola (2017). La escala está compuesta por 21 ítems, con cuatro opciones de respuesta, y cuenta con tres subescalas; depresión, ansiedad y estrés, que se miden por grado de sintomatología leve, moderada, severa o extremadamente severa. Puede obtenerse un indicador general de síntomas emocionales sumando las puntuaciones de todos los ítems. Esta escala ha mostrado altas propiedades psicométricas con un alfa de 0.93 en la escala total.

**Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático- Revisada (EGS-R) (Anexo 6).** Versión modificada de la EGS de Echeburua y colaboradores de 1997, realizada por Echeburua, et al (2016). Es una escala tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e

intensidad de los síntomas. Consta de 21 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-5.

De forma complementaria, presenta además cuatro ítems que evalúan síntomas disociativos y seis ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático. Esta escala ha demostrado buenas propiedades psicométricas con un alfa de 0,91.

## Procedimiento

**Fase I.** Se elaboró la adaptación del protocolo breve de ACT, para su aplicación a población pospenada en formato online. Posteriormente, se solicitó la revisión del protocolo a un juez experto y se realizaron los ajustes sugeridos (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Observaciones y ajustes del protocolo*

Sesión	Observaciones	Ajustes realizados
Preliminar	Se sugiere pasar a formato digital las pruebas psicométricas y algunos ejercicios, que faciliten el proceso teniendo en cuenta la modalidad online.	Se utiliza el formulario autoreporte de google para el diligenciamiento de pruebas psicométricas.  Se realiza grabación de algunos ejercicios que se encuentran en el protocolo de Ruiz, et al (2018) y Siegel, (2011).
Sesión 1	Al considerar la inclusión de ejercicios fuera de sesión, se sugiere utilizar ejercicios que ya se encuentra pregrabados y han sido utilizados, por ejemplo, los recursos que brinda el Grupo ACT	Se seleccionaron audios de la práctica de Mindfulness que se encuentran pregrabados en la página web del Grupo ACT Argentina <a href="https://grupoact.com.ar/recursos/audios">https://grupoact.com.ar/recursos/audios</a> , los cuales se utilizan como complemento al

Protocolo breve online de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre sintomatología emocional y flexibilidad psicológica en pospenados 30

	Argentina. De igual forma, se recomienda organizarlos de forma que generen un aporte a las estrategias utilizadas en las sesiones.	desarrollo de flexibilidad psicológica. Asimismo, se realiza la grabación de los ejercicios de defusión cognitiva planteados en el protocolo de Ruiz et al. (2018).
Sesión 2	Sugiero incluir información relacionada con el tiempo dedicado a la práctica de los ejercicios propuestos.	Se incluye un apartado donde se especifican las instrucciones para la práctica de audios.
Sesión 3	Especificar el manejo de la planificación de acciones dirigidas a valores.	En el apartado del ejercicio “la casa en remodelación”, se incluyen las instrucciones para la planificación de actividades semanales.
Sesión 4	Sin observaciones	Sin ajustes
Sesión 5	Sería importante por lo menos una sesión adicional, para poder realizar seguimiento al cumplimiento de acciones comprometidas y evaluar si continúa persistiendo la rumia y la preocupación, así como conductas ineficaces que son obstáculo para el cumplimiento de las mismas, quizás por las características de la población pueda ser importante agregar una adicional, más espaciada en tiempo.	Se plantea una sesión de seguimiento adicional.

En esta fase, se solicitó la autorización a la empresa Psicología, Prisión y Derecho SAS para acceder a la población de estudio, a continuación, se efectuó la revisión de la base de datos proporcionada por la empresa para seleccionar los participantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, consecutivamente, se estableció contacto telefónico con la población y se realizó la convocatoria, en la cual se hizo una charla informativa sobre los objetivos del estudio, solicitando su participación voluntaria.

Por su parte, se adaptó a formato online las pruebas psicométricas empleadas durante la investigación, para ello se usaron los formularios de autoreporte de google (Google forms <https://docs.google.com/forms/u/0/>), manteniendo las características de las pruebas. En cada momento del estudio se compartió el enlace de acceso a cada prueba, se dio la instrucción de diligenciar cada prueba en privado y se reiteró la honestidad al resolverlas.

De modo que, una vez realizada la captación de la muestra se aplicó el EGS-R, como medida para identificar la presencia de síntomas de estrés postraumático y el DASS-21 para medir el grado de sintomatología emocional (moderado, severo o extremadamente severo); cumpliendo además con las primeras medidas de contraste pretest. En cuanto se confirmaron todos los criterios de inclusión y exclusión, se procedió a la firma del consentimiento informado.

**Fase II.** Se solicitó a los participantes el diligenciamiento del CDP, posteriormente, se realizó una entrevista semiestructurada con cada participante para evaluar su funcionamiento general, su historia personal y la problemática de acuerdo a los datos obtenidos hasta el momento.

Luego, se aplicaron las pruebas AAQ-II, CFQ, VQ para completar las medidas de contraste pretest y se estableció la línea base a partir de la aplicación de estas pruebas durante 3 semanas.

**Fase III.** Se aplicó el protocolo que constó de cinco (5) sesiones (Tabla 2); una sesión semanal, 90 minutos de duración, en el cual se incorporaron una gama de ejercicios terapéuticos que incluyeron metáforas y técnicas específicas que permitieron abordar los siguientes componentes de forma transversal: Desesperanza creativa, Defusión cognitiva, Yo como contexto, Atención plena, Clarificación y conexión con valores, y Compromiso de acción. Se utilizaron recursos multimedia como audios, videos y contenido de texto para aumentar la participación e interacción durante la sesión, además de proporcionar la posibilidad de experimentar ejercicios fuera de la sesión y poner en práctica las habilidades previamente vistas.

Este protocolo de ACT para pospenados es una adaptación terapéutica basada en los protocolos de Ruiz et al. (2018) y, Vargas y Coria (2017), no obstante, incluyó otros ejercicios de la literatura propia de ACT (Wilson y Luciano, 2002; Eifert, Mckay, y Forsyth, 2006; Zettle, 2007; Siegel, 2011; Stoddard y Afari, 2014). Cabe mencionar que se hizo énfasis en los componentes que han mostrado mayor efectividad, de acuerdo a las investigaciones previas en ACT en el contexto forense (Riley, et al, 2019; Flores, 2018; Brillhart, 2017; Eisenbeck, et al, 2016; Amrod y Hayes, 2014; González, et al, 2014; Sahagún y Salgado, 2013).

Al iniciar cada sesión se aplicaron las pruebas AAQ-II, CFQ y VQ, y se realizó retroalimentación de las actividades de práctica fuera de sesión.

**Fase IV.** Una vez finalizada la fase de intervención (fase III), se aplicaron los instrumentos AAQ-II, CFQ, VQ, DASS-21 y EGS-R con el fin de obtener los puntajes post-test para posteriormente ser analizados.

**Fase V.** Se realizó el seguimiento a los participantes con el objetivo de recoger nuevos datos para comprobar el grado de mantenimiento de los cambios terapéuticos. El periodo de seguimiento se efectuó a los veinte (20) días y se aplicaron todos los instrumentos.

**Fase VI.** Al finalizar la toma de medidas de contraste e intrasujeto, se inició el proceso de análisis de los datos recolectados.

**Tabla 2**

*Protocolo de ACT por sesión*

Sesión	Objetivos	Ejercicios de ACT
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar situaciones problemáticas y la reacción conductual ante las mismas.</li> <li>Contactar con las consecuencias a corto y largo plazo de las estrategias de evitación experiencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ejercicio de choice point</li> <li>Metáfora del hombre en el hoyo</li> </ul> <p><b>Actividad en casa.</b>  <i>Práctica de audios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejercicio Respiración consciente</li> <li>Mindfulness de sonidos.</li> </ul> <p>Audio Ejercicio del funeral y el epitafio, preguntas “Lo que falta en mi vida”</p>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>Explorar el propósito de vida.</li> <li>Definir valores en cada área de ajuste.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Metáfora de la brújula</li> <li>Metáfora de la casa en remodelación</li> <li>Metáfora de Movimiento audaz</li> </ul> <p><b>Actividad en casa.</b>  <i>Práctica de audios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ejercicio banda de luz</li> <li>Ejercicio experiencia interior-exterior</li> <li>Ejercicio de autocompasión a un amigo y a sí mismo.</li> </ul> <p>Completar ejercicio de clarificación de valores de acuerdo a la metáfora de la casa en remodelación</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar acciones dirigidas hacia sus valores.</li> <li>• Establecer la aceptación como una alternativa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metáfora dos niños en un carro</li> <li>• Ejercicio de la casa en remodelación (identificación de importancia y acciones valiosas en cada área de vida)</li> <li>• Metáfora Esperando el bus equivocado</li> <li>• Metáfora de fantasmas en la casa</li> <li>• Metáfora de los pensamientos como pasajeros</li> </ul>
3		<p><b>Actividad en casa.</b></p> <p><i>Práctica de audios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autocompasión hacia una persona difícil</li> <li>• Habitando las preguntas importantes</li> <li>• Compasión en la oscuridad</li> </ul> <p>Lectura sobre la función de las emociones y pensamientos</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar toma de perspectiva y sentido del yo contexto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metáfora de pensamientos como cartas</li> <li>• Metáfora del elefante rosado</li> <li>• Ejercicio descripción-evaluación</li> <li>• Ejercicio escribir con la mano no dominante</li> </ul>
4		<p><b>Actividad en casa.</b></p> <p><i>Práctica de audios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los pensamientos en un globo</li> <li>• Ejercicio de asociación libre</li> <li>• Ejercicio de fantasear consciente</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reforzar los componentes desarrollados y los logros obtenidos durante el proceso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio Dar razones</li> <li>• Complementar ejercicio de choice point con las actividades y ejercicios realizados durante el proceso</li> <li>• Revisión y ajustes de acciones valiosas</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar plan de acción de acuerdo a las estrategias utilizadas en el proceso</li> </ul>	<p><b>Actividad en casa.</b></p> <p><i>Práctica de audios:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio las hojas en el arroyo</li> <li>• Mindfulness Caminando</li> <li>• Ejercicio del globo para una actividad difícil</li> </ul>



## **Análisis de datos**

Inicialmente se realizó una descripción de la información brindada por cada participante, específicamente, datos sociodemográficos y análisis funcional, lo cual refleja la problemática particular, además del reporte que realizó cada uno de acuerdo a los cambios percibidos después del tratamiento. Esta información es relevante ya que permitió considerar el curso de las estrategias utilizadas en la intervención acorde a las necesidades propias de cada sujeto y da cuenta de variables contextuales que son importantes en la práctica clínica (Bono y Arnau, 2014).

Los datos estadísticos se analizaron de diferentes maneras para abordar los criterios experimentales y terapéuticos de la intervención, siendo así, se realizó análisis de datos agregados y directos. De forma general, se utilizó la inspección visual para presentar los datos gráficamente de cada fase de aplicación de las pruebas psicométricas y como procedimiento complementario se aplicaron modelos paramétricos y no paramétricos (Bono y Arnau, 2014).

En las medidas de contraste se efectuó el análisis estadístico intersujeto, a través del software IBM SPSS Statistics versión 25. Así es que, se expuso inicialmente las propiedades psicométricas básicas (media y desviación estándar) y se obtuvo el supuesto de normalidad mediante la prueba estadística Shapiro-Wilk al tener una muestra inferior a 50 sujetos. Teniendo en cuenta que el estudio involucro la aplicación de las pruebas psicométricas en tres momentos (pretest, posttest y seguimiento), se recurrió a los modelos de análisis de varianza con medidas repetidas ya que permiten estudiar el efecto de más de dos medidas en una misma muestra de participantes y tiene la ventaja de requerir menos sujetos al eliminar la variación residual debida a las diferencias entre los mismos (Huck, 2012). Es así que, de acuerdo al cumplimiento del criterio de normalidad ( $p > 0,05$ ), se calculó la diferencia entre medias en muestras relacionadas

con la prueba paramétrica Anova de medidas repetidas, no obstante, se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman para los datos que no cumplieron los criterios de normalidad ( $p < 0,05$ ).

En particular, para el desarrollo del análisis mediante la prueba Anova, es necesario suponer que las diferencias asociadas entre cada par de medias de las medidas repetidas sean constantes, lo cual se calculó mediante la prueba de esfericidad de Mauchly; para asumir el cumplimiento de este supuesto el resultado del estadístico  $W$  debe ser mayor a 0,05 (Pardo y Ruiz, 2005).

Luego de efectuar el análisis con la prueba Anova, se procedió a determinar el tamaño del efecto de los resultados que mostraron cambios significativos, para ello se calculó el índice de correlación con el estadístico de eta cuadrado parcial ( $\eta_p^2$ ), se consideró la clasificación de los valores referenciales para la prueba Anova; 0.01=pequeño, 0.06=mediano y 0.14=grande (Castro y Arancibia, 2014).

Al completar los análisis paramétricos y no paramétricos en las medidas de contraste, se realizó como complemento la comparación de los efectos principales entre los momentos de aplicación con un test a posteriori o análisis Post hoc, para lo cual se obtuvieron las Medidas marginales estimadas para la muestra paramétrica con el ajuste del nivel de confiabilidad de Bonferroni, igualmente, para la muestra no paramétrica se utilizó el Test de Bonferroni-Dunn (valor CD) (Pardo y Ruiz, 2005).

Con respecto a las medidas repetidas continuas, en el análisis estadístico se expuso inicialmente las propiedades psicométricas básicas (media y desviación estándar) intersujeto. No obstante, se desarrollaron los demás análisis intrasujeto mediante el uso de la prueba no paramétrica TAU-U con el objetivo de hacer una comparación entre las fases planteadas de cada uno los participantes, teniendo en cuenta que la aplicación de las pruebas utilizadas se efectuó de

forma sucesiva antes y durante la intervención. Esta prueba supone la combinación de los índices de estimación del tamaño del efecto de medidas de no solapamiento con la tendencia de las medidas de cada fase, lo que permite medir no solo la significancia estadística sino también la magnitud del cambio generado por la intervención (Parker, Vannest, Davis y Sauber, 2011). De este modo, se ha considerado una alternativa útil en aplicaciones de diseños de caso único como se evidencia en el metaanálisis de Brossart, Laird y Armstrong (2018).

Estos análisis se realizaron a través del recurso aportado por la página web *singlecaseresearch.com*, la cual tiene un nivel de confianza del 95% ( $\alpha = 0.05$ ) para las pruebas de hipótesis de comparaciones de frecuencia entre fases y tendencia intrafase (Vannest, Parker, Gonen, y Adiguzel, 2016).

### **Consideraciones éticas**

El estudio se desarrolló siguiendo las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la cual se establece que en la investigación donde el ser humano es sujeto de estudio debe prevalecer el respeto a su dignidad, protección de sus derechos y velar por su bienestar.

Específicamente, con la población de estudio se estableció que su participación, el rechazo hacer parte de la misma o el retiro de su consentimiento durante la investigación, no afectaría su situación relacionada con procesos judiciales con que estuviesen sujetos y que los resultados no serían utilizados en perjuicio de los participantes.

De igual forma, se cumplieron los principios éticos y deontológicos del ejercicio de la psicología que se reglamentan en la ley 1090 de 2006, haciendo énfasis en las disposiciones del capítulo VII en el proceder de la investigación científica. Además, se incluyeron los referentes para la práctica de telepsicología, desde los parámetros para la práctica de la telemedicina

acogida en la Resolución 2454 de 2019, así como los dispuestos por el COLPSIC (2020), dentro de los cuales se encuentra el manejo adecuado de las TIC, el almacenamiento, seguridad y confidencialidad de la información dentro del uso de la tecnología.

Acorde a lo anterior, es de resaltar la doctrina 1 que establece el registro y manejo de la información en psicología, y la doctrina 2 que resalta el secreto profesional. Siendo así, se esclarece cuando la información dentro del ejercicio de la psicología es usada en investigación, se debe limitar a recolectar los datos que sean pertinentes con la finalidad del estudio, proteger los datos obtenidos de manera que no se identifique al participante y mantenerlos protegidos por el secreto profesional, asimismo, se incluyeron en el estudio las limitaciones del mantenimiento de su reserva y la aclaración a los participantes de la misma, en consideración de revelar la información cuando durante el proceso se detectara un evidente daño para sí mismo o un tercero (COLPSIC, 2017; 2016).

Con base a la normatividad nombrada, a los participantes se les solicitó su autorización por medio de un consentimiento informado con firma digital (Anexo 7), en el cual se estableció la información necesaria sobre el propósito, la naturaleza, los procedimientos y los beneficios de formar parte de la investigación, igualmente, se les notificó que la información adquirida se maneja de forma confidencial y es utilizada solo con fines investigativos. Por su parte, se brindó la posibilidad de abandonar el estudio en el momento que decidieran y conocer los hallazgos encontrados al finalizar el estudio. Cabe mencionar que la documentación y comunicación escrita requerida se utilizó mediante correo institucional con aras de mantener la confidencialidad, y posteriormente, al finalizar la investigación se borró toda la información encontrada en el correo. De la misma forma, la información almacenada en computadora y

dispositivo móvil se utilizó de modo que se garantizara su seguridad y no estuviera disponible a terceros.

Con el objetivo de proteger la integridad y bienestar de los pospenados, se planteó la posibilidad de acudir al acompañamiento psicológico que se brinda en las diferentes rutas de atención que brinda Casa Libertad o por medio de su EPS; a aquellas personas que no cumplieran con los criterios para participar en la investigación, de igual forma, a quienes ingresaran a participar en el estudio, en caso tal, que el tratamiento ofrecido no cumpliera con los objetivos terapéuticos esperados.

A todos los participantes se aplicó la Terapia de Aceptación y Compromiso en igualdad de condiciones al tratarse de un protocolo, y al considerarse una terapia que cuenta con evidencia científica de su efectividad. Cabe mencionar que el estudio se llevó a cabo con la participación de la investigadora principal, con títulos de posgrados en psicología clínica (Especialización y Candidata a Magister), quien estuvo bajo supervisión de la asesora universitaria de posgrado.

### **Resultados**

Se presentan los resultados de la investigación a partir de los hallazgos obtenidos de los participantes, durante la fase de evaluación (línea base), intervención y seguimiento. En primer lugar, se realiza una descripción sobre la información de cada caso que incluye datos sociodemográficos, análisis funcional donde se evidencian las conductas en función de evitación y los pensamientos negativos repetitivos, además de los resultados reportados después de la intervención. Posteriormente, se exponen los gráficos que muestran los datos que se obtuvieron a partir de la aplicación de las pruebas pretest, postest y seguimiento, así como las medidas continuas de línea base y durante el tratamiento. Estos datos recolectados se analizan a partir de análisis comparativos con el fin de identificar el efecto que tuvo la aplicación de la ACT en los

pospenados, de modo que, se realiza el análisis de los resultados mediante inspección visual de los patrones de cambio del comportamiento de los datos y análisis estadístico.

### **Resultados descriptivos por participante**

**Participante 1.** Tiene 24 años de edad, se dedica a la venta ambulante, es bachiller y su estado civil es casado. Vive con su esposa e hijastra. Fue condenado por el delito de hurto, el cual fue cometido bajo los efectos del alcohol, estuvo privado de la libertad durante 36 meses en el EC La Modelo, se reincorporó a la sociedad hace 7 meses. No ha ingresado a la cárcel en otras ocasiones. Presenta antecedentes de delitos desde la edad de 9 años e inicio consumo de sustancias psicoactivas a los 12 años, ha tenido consumo de clonazepam y bazuco. Actualmente, presenta consumo de marihuana con una frecuencia mayor a cuatro veces en el día y consumo de cigarrillo cada vez que su esposa le comparte aproximadamente dos días a la semana. Indica problemas en la interacción con sus padres, hermana y pareja, dificultades para acceder a un empleo y dejar de consumir.

Menciona que ante conflictos con su pareja y familia, tiene pensamientos sobre la posibilidad de infidelidad por parte de su esposa y el rechazo por parte de su familia respecto a su forma de actuar, lo que genera emociones de tristeza, ira y culpa. Reacciona realizando reclamos, busca expresiones de afecto, pide disculpas, complace a su pareja, consume, rumia, disminuye la ingesta de alimentos, realiza alguna actividad de distracción; de esta manera, el consultante evita los conflictos con su pareja y familia, en particular, ante estos comportamientos su pareja inicialmente lo rechaza y luego accede, cuando esto sucede el consultante siente alivio. Igualmente, ante situaciones que generan incertidumbre, al no realizar actividades específicas o no conseguir lo que quiere, se preocupa, se siente estresado, frustrado e impaciente, por lo que

busca realizar alguna actividad como escuchar música, hacer oficio, cocinar, consumir, entre otras, lo que le permite olvidar la situación problemática y sentirse más tranquilo.

***Cambios reportados después de la intervención.*** El participante manifiesta disminución de sentimientos de tristeza, culpa e ira, señala que ha mejorado la relación con su familia ya que no reacciona de forma reactiva cuando se presenta alguna dificultad, aunque aún se presentan los conflictos con su pareja, disminuyo el consumo de marihuana a lo que refiere consumir una a dos veces por día o en ocasiones no consume, asimismo, disminuyo el tiempo pensando en aspectos de su pasado y futuro, y aumentaron las acciones dirigidas a sus valores.

**Participante 2.** Tiene 47 años de edad, se dedica al cuidado del hogar, es bachiller, su estado civil es unión libre y tiene un hijo. Vive con su madre, pareja e hijo. Fue condenado por el delito de acto sexual, estuvo privado de la libertad durante 60 meses en el COMEB La Picota, se reincorporó a la sociedad hace 12 meses. No ha ingresado a la cárcel en otras ocasiones. Considera que es inocente y señala que la denuncia se generó en medio de un conflicto económico con una mujer.

Indica que su mayor dificultad es la vinculación laboral debido al tipo de delito al que fue condenado pues ha sido rechazado en varias oportunidades, lo que genera ira, estrés, frustración y pensamientos de inutilidad, a su vez, comienza a tener recuerdos sobre la cárcel y todo lo que implicó en su vida; permanece rumiando sobre el no poder haber asistido al grado de su hijo ni compartido parte de su adolescencia, piensa en cómo el estar en la cárcel influyó en el fallecimiento de su padre y hermano, y cómo generó dolor en toda su familia, ante esto siente culpa y tristeza. Lo anterior ha implicado que el participante se aleje de su hijo y presente sueños sobre el fallecimiento de su padre y hermano. De igual forma, refiere que ante noticias sobre la cárcel, presenta recuerdos sobre la muerte de otros internos, tiene pensamientos sobre la

injusticia en los establecimientos carcelarios, lo que genera ira. De manera general, invierte tiempo en rumia y preocupación sobre las situaciones nombradas.

***Cambios reportados después de la intervención.*** El participante menciona disminución del estrés, sentimientos de tristeza y culpa, disminuyó el tiempo pensando en aspectos de su pasado, cuando estos recuerdos y pensamientos se presentan no generan el mismo impacto que antes pues refiere no quedarse enredado en ellos, señala que invierte su tiempo en actividades con su familia y de autocuidado, y al contactarse con el momento presente ha podido disfrutar más de estas interacciones. Menciona que ya no tiene los sueños con su padre y hermano, por lo que mejoro su calidad del sueño.

**Participante 3.** Tiene 40 años de edad, se encuentra desempleado, cursó el bachillerato incompleto, su estado civil es soltero y tiene dos hijas. Vive con su madre y hermano. Fue condenado por el delito de lesiones personales, el cual fue cometido bajo los efectos del bazuco, estuvo privado de la libertad en la EC La Modelo y luego fue trasladado a la EPC Caqueza, completando 29 meses, se reincorporó a la sociedad hace 4 meses. Ha sido condenado anteriormente en tres ocasiones por el delito de hurto agravado, su primer ingreso fue a la edad de 21 años, la comisión de su primera conducta delictiva fue a los 16 años e inicio consumo de sustancias psicoactivas a los 14 años. Actualmente, niega consumo. Presenta antecedentes de dificultades bajo el efecto de sustancias alucinógenas; tuvo intento suicida y le infligieron lesiones en dos oportunidades. Menciona tener problemas en la relación con su hermano y familia, distanciamiento con sus hijas, dificultades para obtener un empleo y en el establecimiento de relaciones interpersonales.

Indica que ante las dificultades con su hermano, tiene recuerdos sobre situaciones conflictivas de la cárcel, piensa que su hermano quiere verlo recaer, así que el participante piensa



en hacerle daño, lo que genera ira, frente a lo cual reacciona discutiendo y posteriormente, se aleja por miedo a hacerle daño a su hermano y al no querer volver a estar en la cárcel, por lo que permanece pensando en la situación, siente tristeza y culpa al tener estos pensamientos y actuar de esa forma. Por otro lado, señala que cuando se encuentra realizando manualidades o siente algún dolor en el cuerpo, tiene recuerdos sobre la situaciones en que fue apuñalado o estuvo en peligro, tiene pensamientos como “¿Por qué no pude reaccionar?” “me gustaría encontrármelo para hacerle daño pero no quiero estar encerrado”, comienza a tener la sensación de que alguien le va hacer daño, sin embargo, reconoce que está en la casa y es poco probable, asimismo, indica que después de salir de la cárcel, en diferentes ocasiones ha tenido la percepción de que los demás se encuentran mirándolo y escucha que están hablando mal de él, lo que genera ira, miedo e intranquilidad. Ante lo expuesto anteriormente, intenta no tener esos pensamientos, busca distraerse, continúa realizando su trabajo de manualidades, se aleja de los demás, comienza a caminar y cambiar su respiración, esto le permite dejar de escuchar las voces, no tener pensamientos incómodos y sentirse más calmado.

***Cambios reportados después de la intervención.*** El participante menciona que ha aprendido a tomar distancia de sus pensamientos, lo que le ha permitido tomar decisiones a partir de los hechos y no de lo que piensa, siendo así, indica mejor relación con su hermano, ya no presenta ideas persecutorias y alucinaciones auditivas. Asimismo, indica mayor concentración en su trabajo de manualidades, aumento de actividades compartidas con su madre, mayor contacto con sus hijas y ha realizado más acciones para poder tener ingresos económicos u oportunidades de empleo.

**Participante 4.** Tiene 50 años de edad, se encuentra desempleado, es tecnólogo, su estado civil es divorciado y tiene dos hijos. Vive solo en el apartamento de un hermano. Fue

condenado por el delito de peculado por apropiación, estuvo privado de la libertad durante 36 meses en el COMEB La Picota, se reincorporó a la sociedad hace 12 meses. No ha ingresado a la cárcel en otras ocasiones. Considera que es inocente.

Menciona que su mayor dificultad es la vinculación laboral debido a la estigmatización y pocas oportunidades, además, señala que posterior a salir de la cárcel se encuentra alerta de forma constante, lo que le genera preocupación, estrés y ansiedad. De igual forma, tiene una relación distante con algunos miembros de su familia y sus hijos. Ante lo anterior, ha optado por alejarse de su familia y evitar contacto con ellos, procrastinar y ha dejado de realizar algunas actividades ya que considera que para la mayor parte de las cosas requiere de recursos económicos. Lo anterior, le permite evitar conflictos con su familia y mantenerse tranquilo.

***Cambios reportados después de la intervención.*** El participante menciona disminución del estrés y mejor manejo de las dificultades que presenta a nivel económico, asimismo, indica mayor contacto con miembros de su familia e hijos.

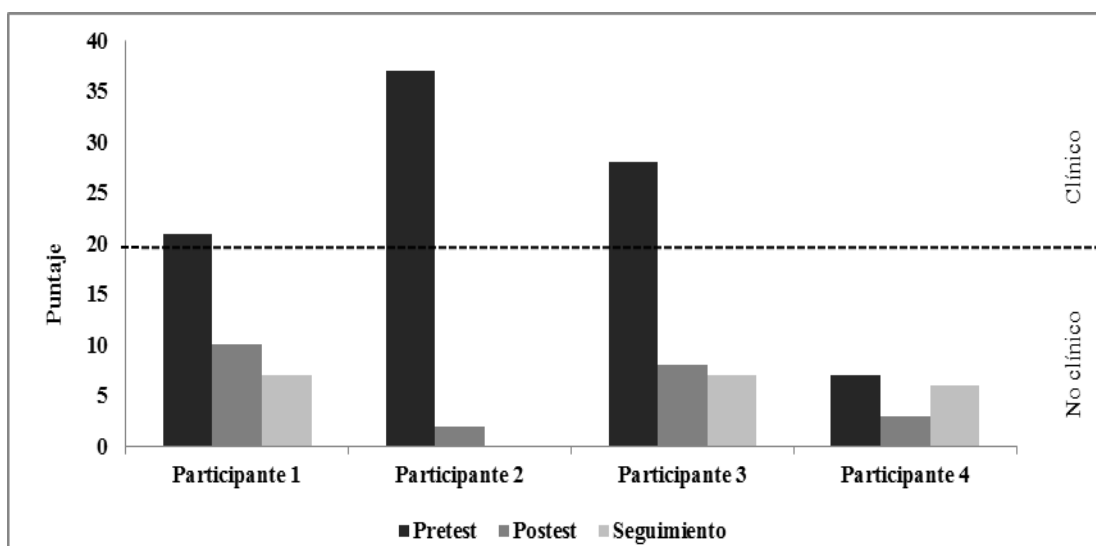
## **Resultados de la medición de variables**

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis intersujeto de las medidas de contraste, partiendo del análisis visual comparativo entre fases y el análisis estadístico con las prueba paramétrica Anova para los datos que cumplieron criterios de normalidad y la prueba no paramétrica Friedman para los datos que no cumplieron criterios de normalidad. Posteriormente, se encontraran los resultados alcanzados del análisis intrasujeto de las medidas repetidas continuas, en los cuales se incluyó la inspección visual y el análisis de datos con la prueba no paramétrica TAU-U.

**Medidas de contraste.** Se realizó la aplicación de las diferentes pruebas en tres momentos: pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento (20 días después de finalizar el tratamiento). Los resultados de la calificación de las pruebas que miden sintomatología emocional se encuentran por participante, para la EGS-R en la figura 1 y los puntajes del DASS-21 en la figura 2.

**Figura 1**

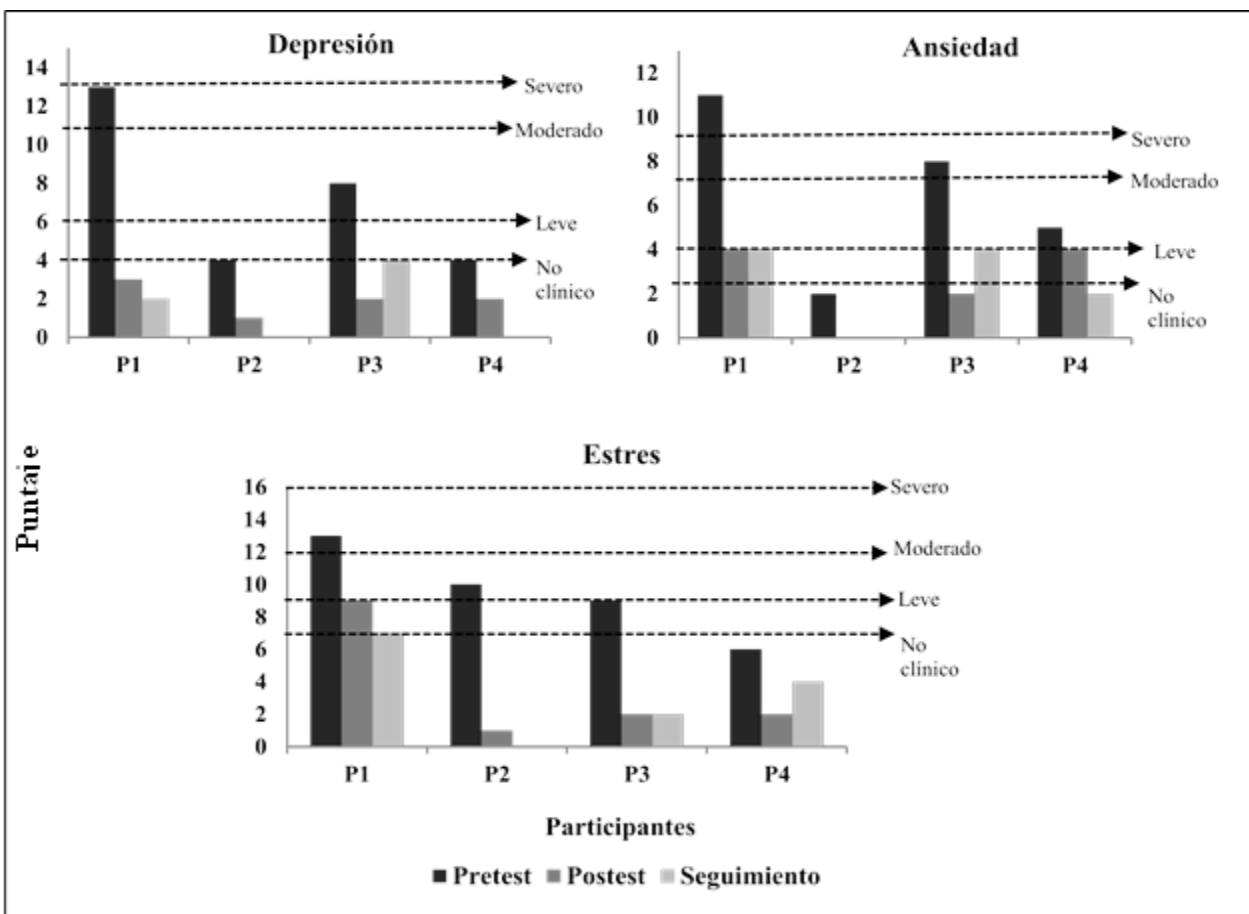
*Puntajes EGS-R en las diferentes fases*



Se logra observar para la EGS-R la línea punteada que representa el punto de corte de 20 puntos propuesto por Echeburua, et al (2016), encontrando en las puntuaciones obtenidas después del tratamiento y en el seguimiento, que hay decremento de los puntajes por debajo del corte, lo que indica ausencia de síntomas de estrés postraumático en todos los participantes.

**Figura 2**

*Puntajes subescalas DASS-21 en las diferentes fases*



Por su lado, en los resultados de la prueba DASS-21 se evidencia disminución de síntomas posterior al tratamiento, específicamente las líneas punteadas en cada subescala que representan el punto de corte propuesto por Ruiz, et al (2017), muestran los cambios en los distintos grados de sintomatología. Es así que, en los puntajes obtenidos para la subescala de depresión y estrés después del tratamiento y en el seguimiento, se muestra un decremento de los puntajes por debajo del corte, lo que indica ausencia de estos síntomas clínicos en todos los participantes, no obstante, para la subescala de ansiedad se observa que en el participante 1 se

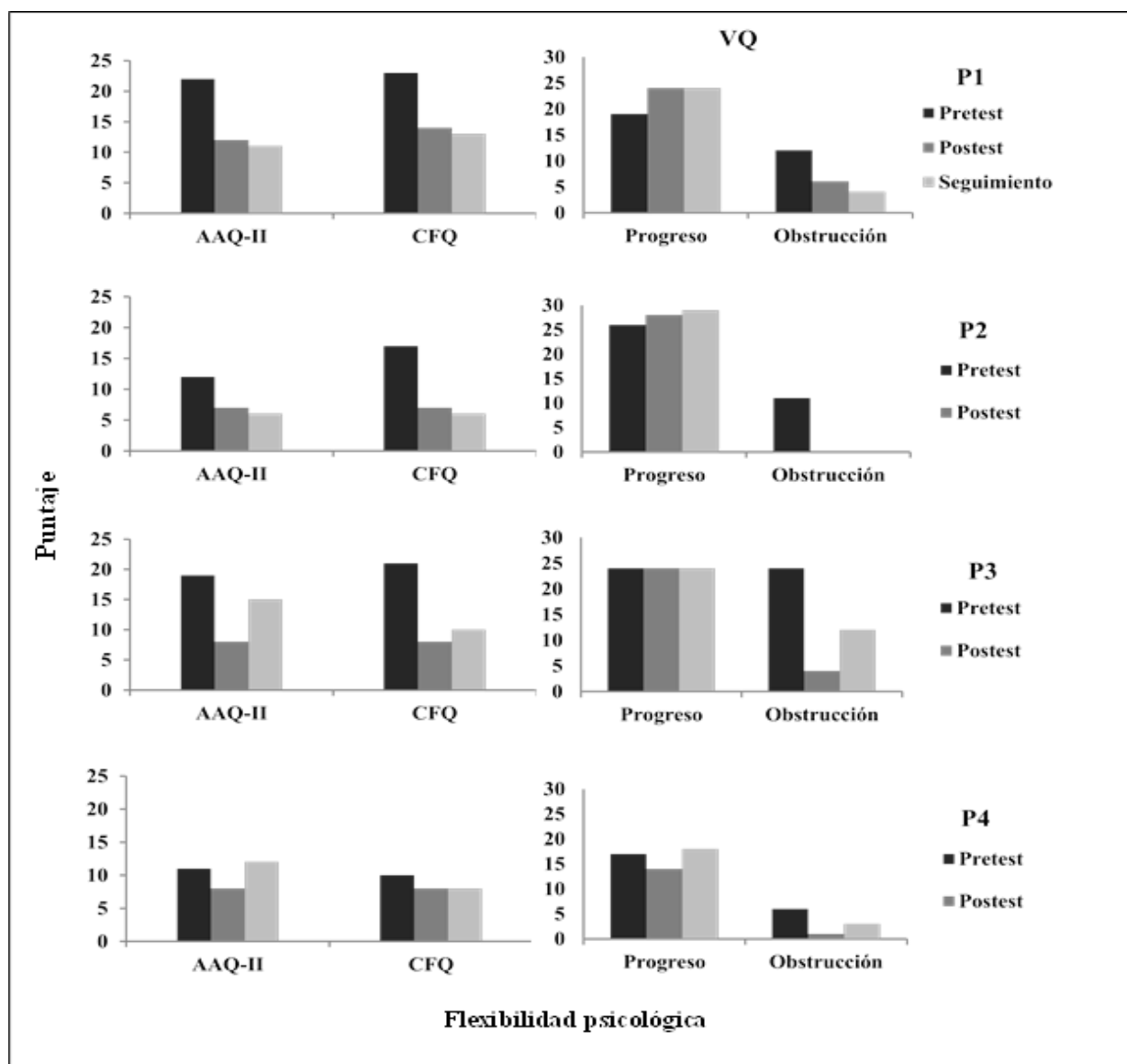
mantiene en grado leve y en el participante 3, se evidencia disminución en el posttest y en el seguimiento aumenta a un grado leve de ansiedad.

En cuanto a los puntajes obtenidos en las medidas de flexibilidad psicológica, podemos encontrar en la figura 3 los resultados de las tres pruebas utilizadas. Teniendo en cuenta que el punto de corte de la AAQ-II y CFQ es de 29 puntos según lo propuesto por Ruiz, et al (2016; 2017), ninguno de los participantes sobrepasó el punto de corte antes del tratamiento, lo que indica que el grado de evitación experiencial y fusión cognitiva de los participantes no es un problema clínico, sin embargo, posterior al tratamiento se evidencia disminución de estos puntajes en todos los participantes, lo que refleja aumento en la aceptación de eventos privados y mayor defusión cognitiva.

Por su parte, en la prueba VQ de acuerdo a los puntos de corte propuesto por Ruiz, et al, (en revisión), en la subescala progreso los puntajes menores a 18 puntos y en la subescala obstrucción los puntajes mayores a 15 puntos, son considerados como un problema clínico, siendo así, se observa solo en el participante 4 en la subescala progreso puntajes por debajo del corte antes y después del tratamiento, empero, en el seguimiento se evidencia un aumento del puntaje; asimismo, se observa incremento o mantenimiento de los puntajes en los demás participantes después del tratamiento y en el seguimiento, lo que indica mayor avance en dirección a sus valores. En el caso de la subescala obstrucción solo el participante 3 obtuvo puntajes por encima del corte antes del tratamiento; de forma general, en todos los participantes se evidencia reducción de los puntajes después del tratamiento, lo que refleja menor dificultad para encaminarse hacia sus valores.

**Figura 3.**

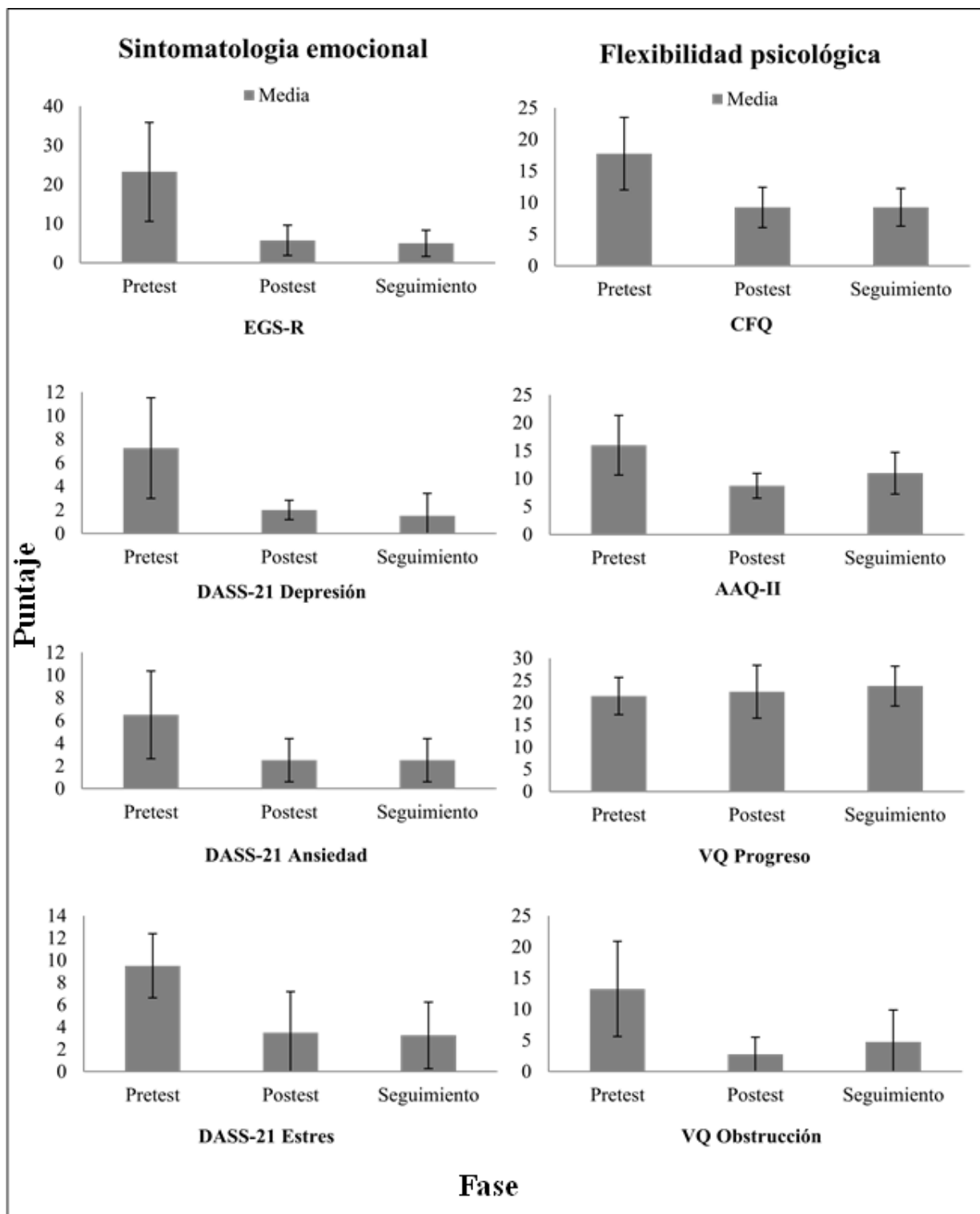
*Puntajes medidas flexibilidad psicológica en las diferentes fases*



En concreto, en los resultados obtenidos después de la intervención se logra evidenciar que hay disminución de la puntuación de las medias de todas las pruebas (Figura 4), tal como se esperaba, menos la subescala de progreso de la prueba VQ, en la cual se evidencia un breve aumento del puntaje de la media, acorde al objetivo de esta prueba.

**Figura 4**

*Análisis descriptivos de las medidas de contraste*



Lo anterior refleja que si disminuyeron los síntomas emocionales, principalmente los síntomas de estrés postraumático, asimismo, se observa aumento de la flexibilidad psicológica, especialmente en el proceso de defusión cognitiva.

En concordancia, para evaluar si hay cambios significativos antes y después del tratamiento, se comprobó el criterio de normalidad de los datos mediante la prueba estadística Shapiro-Wilk (*p valor*), obteniendo resultados favorables para utilizar Anova (valor *F*) como prueba paramétrica, la cual requiere también del cumplimiento del supuesto de esfericidad para desarrollar los análisis, así es que, se recurre a la prueba *W* de Mauchly como se muestra en la tabla 2, logrando verificar que las varianzas de las diferencias entre los niveles del tratamiento no tienen cambios significativos, es decir, se comprueba el supuesto de esfericidad en todas las variables.

**Tabla 3**

*Análisis de la prueba Anova en las medidas de contraste*

Variable	<i>p valor</i>			<i>W</i>	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	$\eta_p^2$
	Pretest	Posttest	Segui.				
DASS-21 Depresión	0,250	0,683	0,272	0,535	8,645	<b>0,017*</b>	0,742
DASS-21 Ansiedad	0,972	0,272	0,798	0,563	8,000	<b>0,020*</b>	0,727
AAQ-II	0,361	0,103	0,783	0,883	5,991	<b>0,037*</b>	0,666
VQ-Progreso	0,589	0,279	0,659	0,476	1,538	0,289	----
VQ-Obstrucción	0,428	0,650	0,426	0,480	9,098	<b>0,015*</b>	0,752

*p valor*: Resultados de  $p > 0,05$ , cumplen criterios de normalidad.

*W*: Resultados mayores a 0,05, cumplen supuesto de esfericidad.

\*Resultados inferiores al criterio mínimo aceptado de 0,05; entendido como un cambio significativo.

$\eta_p^2$ : Resultados entre 0.06 y 0.13, equivalen a un tamaño del efecto mediano.



Considerando lo anterior, es posible evaluar el efecto del tratamiento con la prueba de referencia Anova, por tanto, se determinó cambios significativos en el DASS-21 en la subescala de depresión ( $F(2) = 8,645, p = 0,017$ ) y de ansiedad ( $F(2) = 8,000, p = 0,020$ ), de igual forma, en las variables AAQ-II ( $F(2) = 5,991, p = 0,037$ ) y en la subescala de Obstrucción del VQ ( $F(2) = 9,098, p = 0,015$ ). Con respecto a la subescala progreso del VQ, no se logran evidenciar diferencias significativas ( $F(2) = 1,538, p = 0,289$ ).

En relación a los datos que no cumplieron distribución normal (*p valor*), se utilizó la prueba no paramétrica de Friedman ( $\chi^2$ ) como se evidencia en la tabla 3, los resultados indican decrementos significativos en los puntajes de la subescala estrés del DASS-21 ( $\chi^2(2) = 6,533, p = 0,038$ ), en la EGS-R ( $\chi^2(2) = 6,500, p = 0,039$ ) y el CFQ ( $\chi^2(2) = 6,533, p = 0,038$ ).

**Tabla 4**

*Análisis de la prueba Friedman en las medidas de contraste*

Variable	<i>p valor</i>			$\chi^2$	Sig.
	Pretest	Postest	Seguimiento		
DASS-21 Estrés	0,962	0,029*	0,952	6,533	<b>0,038**</b>
EGS-R	0,941	0,408	0,024*	6,500	<b>0,039**</b>
CFQ	0,613	0,041*	0,952	6,533	<b>0,038**</b>

\*Resultados de  $p < 0,05$ , no cumplen criterios de normalidad.

\*\* Resultados inferiores al criterio mínimo aceptado de 0,05, entendido como un cambio significativo.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores, se procedió a utilizar el estadístico de eta cuadrado parcial ( $\eta_p^2$ ) para calcular el tamaño del efecto, como se muestra en la tabla 2; considerando la clasificación de los valores referenciales para la prueba Anova; 0.01=pequeño,

0.06=mediano y 0.14=grande (Castro y Arancibia, 2014), los resultados indican un tamaño del efecto mediano. Cabe mencionar que para la prueba no paramétrica de Friedman no es posible calcular el tamaño del efecto.

Asimismo, al rechazar la hipótesis nula se procedió a la aplicación de un test a posteriori o análisis *Post hoc*, que permitió realizar comparaciones entre los momentos de aplicación, para lo cual se obtuvieron las Medidas marginales estimadas para la muestra paramétrica con el ajuste del nivel de confiabilidad de Bonferroni, igualmente, para la muestra no paramétrica se utilizó el Test de Bonferroni-Dunn (valor CD) como se muestra en la tabla 4; encontrando diferencias significativas entre el pretest y seguimiento de la prueba EGS-R con 0,040, lo que indica que los efectos del tratamiento se evidencian principalmente en el seguimiento, en las demás comparaciones si bien se evidencian cambios significativos al medir las diferencias entre las fases, no se logra evidenciar en cuál se encuentran los efectos principales.

**Tabla 5**

*Comparación por parejas de las medidas de contraste*

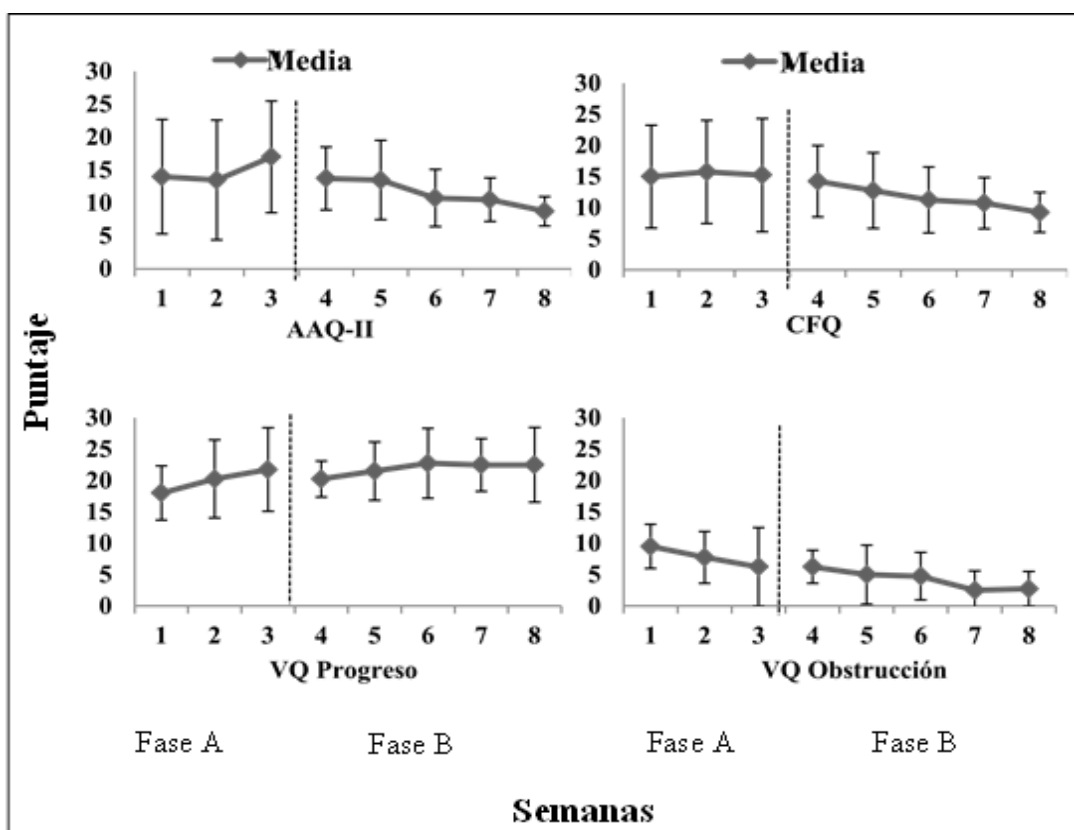
Variable	Pre-test		Pos-test
	Pos-test CD	Seguimiento CD	Seguimiento CD
DASS-21 Depresión	0,184	0,139	1,000
DASS-21 Ansiedad	0,218	0,103	1,000
AAQ-II	0,99	0,413	1,000
VQ-Obstrucción	0,165	0,074	1,000
DASS-21 Estrés	0,155	0,065	1,000
EGS-R	0,231	<b>0,040*</b>	1,000
CFQ	0,155	0,065	1,000

\* Resultados inferiores al criterio mínimo aceptado de 0,05, entendido como un cambio significativo.

**Medidas Repetidas Continuas.** Se realizó la aplicación de las pruebas que miden flexibilidad psicológica de forma semanal antes (3 semanas) y durante el tratamiento (5 semanas). Los resultados obtenidos durante la intervención, se muestran inicialmente con la disminución de la puntuación de las medias de todas las pruebas intersujetos, con excepción de la subescala de progreso de la prueba VQ, en la cual se evidencia un breve aumento del puntaje de la media, acorde al objetivo de esta prueba. Lo anterior refleja los cambios que se van generando con el transcurso de la aplicación del tratamiento, evidenciando aumento de la flexibilidad psicológica (Figura 5).

**Figura 5**

*Análisis descriptivos de las medidas repetidas continuas de flexibilidad psicológica*



Los resultados de los puntajes de cada una de las pruebas aplicadas en la fase A (línea de base) y en la fase B (Intervención) se muestra por cada participante en la figura 6, encontrando que inicialmente en la fase A, se observan para la prueba AAQ-II y CFQ tendencia al incremento solo en el participante 1; por su parte, se observa decremento de los datos del CFQ en los participantes 2 y 3; en la prueba VQ, se evidencia en la subescala de progreso tendencia al incremento en el participante 2; en relación a la subescala de obstrucción, una tendencia decreciente en el participante 2 y 4. No obstante, se encuentra que estas tendencias no fueron significativas ( $p>0,05$ ) para ninguno de los participantes, como se evidencia en la tabla 5.

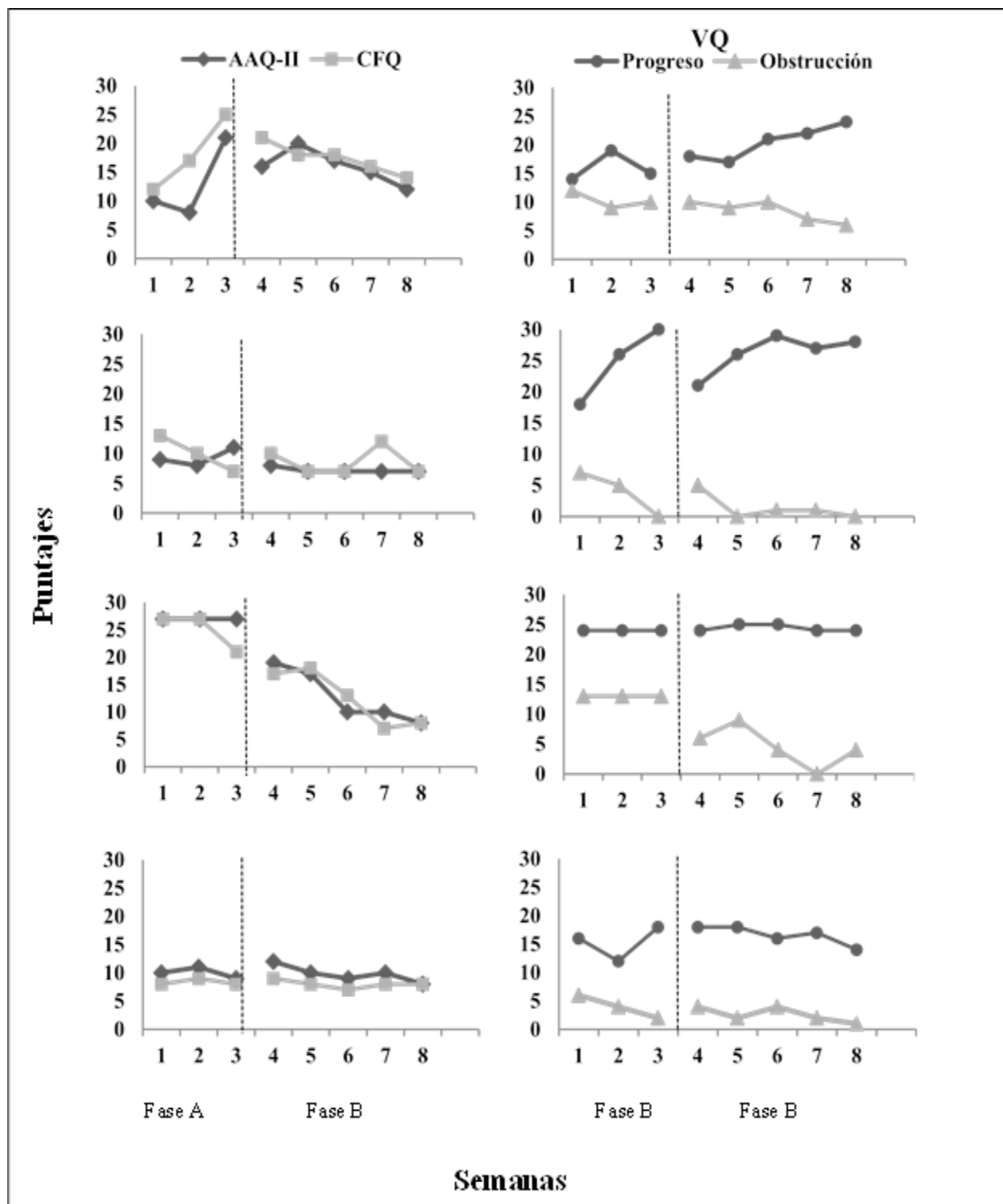
**Tabla 6**

*Comparaciones intrasujeto fase A de variables flexibilidad psicológica*

Variable	Participante	TAU	Z	P
AAQ-II	P1	0,3333	0,5222	0,6015
	P2	0,3333	0,5222	0,6015
	P3	0	0	1
	P4	-0,3333	-0,5222	0,6015
CFQ	P1	1	1,5667	0,1172
	P2	-1	-1,5667	0,1172
	P3	-0,6667	-1,0445	0,2963
	P4	0	0	1
VQ Progreso	P1	0,3333	0,5222	0,6015
	P2	1	1,5667	0,1172
	P3	0	0	1
	P4	0,3333	0,5222	0,6015
VQ Obstrucción	P1	-0,3333	-0,5222	0,6015
	P2	-1	-1,5667	0,1172
	P3	0	0	1
	P4	-1	-1,5667	0,1172

**Figura 6**

*Puntajes de las medidas repetidas continuas de flexibilidad psicológica*



En la fase B se observan en la figura 6, para las pruebas AAQ-II y CFQ tendencias decrecientes en los participantes 1 y 3. No obstante, el análisis estadístico indica solo cambios significativos para la AAQ-II en el participante 3 ( $Tau = -0,9$ ,  $p=0,0275$ ) y en el CFQ solo en el participante 1 ( $Tau = -0,9$ ,  $p=0,0275$ ). Para la prueba VQ, se evidencia en la subescala de progreso tendencia al incremento en los participantes 1 y 2, sin embargo, solo se evidencian diferencias significativas en el participante 1 ( $Tau = -0,8$ ,  $p=0,05$ ); por su parte, en la subescala de obstrucción, se observa tendencia decreciente en el participante 1 y 3, a pesar de ello, no es significativa en ningún participante como se muestra en la tabla 6.

**Tabla 7**

*Comparaciones intrasujeto fase B de variables flexibilidad psicológica*

Variable	Participante	TAU	Z	P
AAQ-II	P1	-0,6	-1,4697	0,1416
	P2	-0,4	-0,9798	0,3272
	P3	-0,9	-2,2045	<b>0,0275*</b>
	P4	-0,7	-1,7146	0,0864
CFQ	P1	-0,9	-2,2045	<b>0,0275*</b>
	P2	-0,1	-0,2449	0,8065
	P3	-0,6	-1,4697	0,1416
	P4	-0,3	-0,7348	0,4624
VQ Progreso	P1	0,8	1,9596	<b>0,05*</b>
	P2	0,6	1,4697	0,1416
	P3	-0,2	-0,4899	0,6242
	P4	-0,7	-1,7146	0,0864
VQ Obstrucción	P1	-0,7	-1,7146	0,0864
	P2	-0,4	-0,9798	0,3272
	P3	-0,5	-1,2247	0,2207
	P4	-0,6	-1,4697	0,1416

\* Resultados inferiores al criterio mínimo aceptado de 0,05, entendido como un cambio significativo.

En la comparación entre las fases A y B se muestra en la figura 6, para la AAQ-II y CFQ un patrón de cambio de la pendiente en el participante 1 y 3, no obstante, en el análisis estadístico (Tabla 9) solo se evidencia diferencias significativas de una fase a la otra en las dos pruebas en el participante 3 ( $Tau=-1$ ,  $p=0,0253$ ) asimismo, se muestran cambios para la AAQ-II en el participante 2 ( $Tau=-0,9333$ ,  $p=0,0369$ ). El participante 4 no muestran cambios en estas fases. Con respecto a la prueba VQ, en la subescala progreso solo el participante 1 muestra un patrón de cambio positivo en la tendencia, sin embargo, no es significativo, y en la subescala obstrucción, se evidencia un patrón de cambio negativo en los participantes 1 y 3, a pesar de ello, solo se muestran diferencias significativas en el participante 3 ( $Tau= -1$ ,  $p=0,0253$ ); los demás participantes no muestran cambios entre fases.

**Tabla 8**

*Comparaciones intrasujeto entre fase A y B de flexibilidad psicológica*

Variable	Participante	TAU	Z	P
AAQ-II	P1	0,3333	0,7454	0,4561
	P2	-0,9333	-2,087	<b>0,0369*</b>
	P3	-1	-2,2361	<b>0,0253*</b>
	P4	-0,1333	-0,2981	0,7656
CFQ	P1	0,0667	0,1491	0,8815
	P2	-0,3333	-0,7454	0,4561
	P3	-1	-2,2361	<b>0,0253*</b>
	P4	-0,2667	-0,5963	0,551
VQ Progreso	P1	0,7333	1,6398	0,1011
	P2	0,1333	0,2981	0,7656
	P3	0,4	0,8944	0,3711
	P4	0,2667	0,5963	0,551

	P1	-0,5333	-1,1926	0,233
VQ	P2	-0,4	-0,8944	0,3711
Obstrucción	P3	-1	-2,2361	<b>0,0253*</b>
	P4	-0,4667	-1,0435	0,2967

\* Resultados inferiores al criterio mínimo aceptado de 0,05, entendido como un cambio significativo.

## Discusión

El presente estudio evalúa el efecto de una intervención clínica dirigida a personas que estuvieron privadas de su libertad, que tenían síntomas emocionales y presentaban inflexibilidad psicológica. De esta manera, se aplicó un protocolo breve online de la ACT, con el cual se trabajaron los procesos de aceptación, toma de perspectiva, defusión, contacto con el momento presente y clarificación de valores.

Los resultados obtenidos, sugieren una mejoría clínica en los participantes, es así que, en las medidas tomadas después del tratamiento se evidencia un decremento de la sintomatología emocional y un aumento de la flexibilidad psicológica en los pospenados, lo que permite comprobar las hipótesis alternativas de este estudio, evidenciando el efecto de la ACT principalmente en los síntomas de estrés postraumático. Esto es congruente con las investigaciones realizadas en contextos penitenciarios de Flores (2018); Perea (2017); Twohig y Levin (2017); Eisenbeck, et al, (2016); Hacker, et al, (2016); Mohammadi, et al, (2015); Gómez, et al, (2014); A-Tjak, et al, (2014); Villagrà (2014); Sahagún y Salgado (2013) que mostraron reducción de síntomas emocionales fortaleciendo los procesos de flexibilidad psicológica. Cabe mencionar que la variable progreso en valores, no tuvo cambios significativos, sin embargo, en el análisis visual se evidencia que la mayoría de los participantes de este estudio no presentaban



puntajes clínicos en esta variable, por lo que se denota durante el tratamiento una leve mejoría o mantenimiento de acciones encaminadas a valores.

En particular, se encuentra que los pospenados tuvieron mejorías importantes en los síntomas de depresión y ansiedad, así como mayor aceptación de sus eventos privados y menor dificultad para encaminarse hacia sus valores, asimismo, se encontraron cambios significativos en los síntomas de estrés, estrés postraumático y fusión cognitiva, lo anterior refleja un cambio de conducta relacionada con menor evitación de sus emociones y mayor reconocimiento de las mismas, así como un mayor contacto con el momento presente y toma de perspectiva de sus eventos privados, lo cual favorece la flexibilidad psicológica (Hayes, et al, 2014).

Ahora bien, se logra evidenciar a partir del análisis a posteriori, que el principal efecto se generó en la fase de seguimiento de los síntomas de estrés postraumático, esto podría sugerir un efecto paulatino de la terapia sobre estos síntomas, probablemente relacionado con las características clínicas de los participantes. Este resultado permite evidenciar el impacto de la ACT en síntomas propios del trastorno de estrés postraumático que se pueden presentar en los pospenados como la reexperimentación, pensamientos y emociones generadas con las vivencias en la cárcel y con el impacto al reincorporarse a la sociedad, conductas de evitación y activación fisiológica (Echeburua, et al, 2016; Listwan, et al, 2012). Cabe mencionar que en las demás variables, los resultados no son suficientes para establecer en qué fase se producen cambios significativos.

Con respecto a las medidas repetidas continuas efectuadas durante el tratamiento, los resultados dan cuenta de efectos significativos en la disminución de la evitación experiencial, fusión cognitiva y menos obstrucción hacia sus valores, en particular en el participante 3. Siendo congruente con los resultados arrojados en las medidas de contraste.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, cabe agregar que los participantes reportaron vivir situaciones estresoras durante el estudio relacionadas con dificultades económicas y familiares producto de las pocas oportunidades para el acceso a trabajo y a las medidas de confinamiento establecidas por la pandemia. De acuerdo a esto, Suarez (2010) argumenta que acontecimientos vitales estresantes como eventos relativos al contexto familiar, dificultades económicas, problemas de pareja, relaciones estresantes entre pares, y demás relacionados con su entorno, pueden desempeñar un papel importante en el surgimiento de síntomas. Dado esto, es de mencionar que las medidas repetidas de flexibilidad psicológica al aplicarse de forma semanal pudieron verse alteradas de acuerdo al mantenimiento o surgimiento de problemas psicosociales en los pospenados, de forma similar, es probable que también estos sucesos influyeran en la toma de medidas de seguimiento.

Hay que mencionar además, que los reportes verbales de los participantes al finalizar el proceso, señalan una percepción de decremento de síntomas emocionales y de pensamientos negativos repetitivos, en particular, refieren disminución del impacto de las consecuencias derivadas de su estancia en la cárcel como recuerdos, sueños, sentimientos de ira e inutilidad, entre otros; a su vez, indican aumento de acciones encaminadas a sus valores a pesar de que las dificultades psicosociales sean limitantes, tales como aumento en la comunicación con personas significativas, aumento de actividades gratificantes y acciones para la búsqueda de empleo o adquisición económica de forma independiente, siendo así, los participantes informaron encontrarse satisfechos con el proceso al poder generar también cambios en su día a día.

En síntesis, este estudio sugiere que la ACT puede resultar efectiva en población pospenada, en el tratamiento de síntomas emocionales de depresión, ansiedad, estrés y estrés postraumático, así como en el fortalecimiento de los procesos principales de flexibilidad

psicológica, además, puede ser efectiva su implementación de forma online. Adicionalmente, puede ser eficaz en esta población ya que la ACT no solo permite los cambios ya mencionados, sino que también permite que las pospenados aprendan estrategias de cambio comportamental e incluye mejoras en aspectos relevantes de su cotidianidad (Strosahl, et al, 2012), lo que permite que continúen una vida prosocial y se reduzcan los factores de riesgo relacionados con la reincidencia; influyendo en la disminución de conductas impulsivas, mejoramiento de relaciones familiares e interpersonales, aumento de satisfacción en actividades de ocio y mayores acciones para vincularse laboral y/o académicamente (Brillhart, 2017; Singh y Fazel, 2010; Andrews y Bonta, 2010), como se ha podido evidenciar en los reportes generados por los participantes.

Con respecto a las limitaciones del estudio, se encuentra inicialmente la dificultad para acceder a la población y contar con más participantes, si bien se encontraron personas interesadas en participar, no contaban con los recursos tecnológicos para poder realizar el proceso terapéutico online, lo que influyo en el tamaño de la muestra, siendo así, a pesar de que se logró encontrar efecto de la aplicación de la ACT por medio de videollamada, se sugiere para futuras investigaciones tener presente la viabilidad de realizar los procesos terapéuticos online o de forma presencial, así como evaluar su efectividad en formato grupal. Asimismo, se presentó la deserción de un participante por diferentes factores personales, falta de red de apoyo y dificultades económicas, lo que no permitió la continuidad del proceso terapéutico.

De igual forma, se evidencian puntajes bajos en algunas variables evaluadas antes del tratamiento que indican la ausencia de sintomatología o valores no clínicos de flexibilidad psicológica, especialmente en el participante 4, lo que pudo afectar el contraste de los datos, por lo que se recomienda en próximas investigaciones, que la población a intervenir presente niveles clínicos de sintomatología emocional e inflexibilidad psicológica en la mayoría de las variables

relacionadas. Asimismo, considerar la pertinencia de incluir una medida continua repetida adicional que permita evaluar los cambios de las conductas de forma específica, por ejemplo, una medida de frecuencias en conductas de evitación como el consumo de sustancias psicoactivas. Por su lado, también se sugiere realizar un seguimiento longitudinal que permita no solo evaluar la permanencia de los efectos de la ACT en los pospenados sino también prevenir posibles recaídas o retroceso de los logros obtenidos (De la Torre y Pardo, 2018).

Finalmente, es preciso mencionar que los resultados deben ser utilizados con cautela, pues además de tener en cuenta las limitaciones anteriores, no es posible la generalización de los resultados ya que el tamaño de la muestra no es representativa, además se presentaron dificultades para el control de variables extrañas que se pudieron generar debido a la contingencia sanitaria a nivel mundial y los problemas psicosociales asociados como la pérdida de rutinas y hábitos, estrés psicosocial, el impacto del distanciamiento social, las limitaciones a nivel financiero y laboral, entre otras (Balluerka, et al, 2020) . Adicionalmente, las características del diseño metodológico impiden la utilización de grupos control con los que se puedan contrastar los resultados hallados.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de este trabajo son prometedores, pues es un estudio pionero en la implementación de la ACT en pospenados, y teniendo en cuenta que esta terapia se encuentra acumulando evidencia a su favor, puede ser una alternativa útil para el mejoramiento de la calidad de vida de este tipo de población y generar un aporte a los procesos de psicología forense, siendo así, se ha dado el punto de partida a los futuros investigadores para continuar ampliando el conocimiento en esta línea de investigación.

## Referencias

- Amrod, J., y Hayes, S. (2014). ACT for the Incarcerated. En R. Tafrate y D. Mitchell (Eds). *Forensic CBT: A Handbook for Clinical Practice* (pp. 43-65). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Andrews, D., y Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct*. Newark, NJ: LexisNexis.
- Antony, M., Bieling, P., Cox, B., Enns, M., y Swinson, R. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, 10(2), 176–181.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.2.176>
- Antúnez, Z., y Vinet, E. (2012). Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21): Validación de la Versión Abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos, *Terapia psicológica*, 30 (3), 49-55. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000300005>
- A-Tjak, J., Davis, M., Morina, N., Powers, M., Smits, J., Emmelkamp, P. (2014). A Meta-Analysis of the Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy for Clinically Relevant Mental and Physical Health Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 30-36. <https://doi.org/10.1159/000365764>
- Balluerka, N., Gomez, J., Hidalgo, D., Gorostiaga, A., Espada, P., Padilla, J., y Santed, M. (2020). Las consecuencias psicológicas del Covid -19 y el confinamiento. Informe de investigación. Recuperado de [https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu\\_eines/noticies/docs/Consecuencias\\_psicologicas\\_COVID-19.pdf](https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf)

- Barnao, M., Ward, T., y Robertson, P. (2015). The Good Lives Model: A New Paradigm for Forensic Mental Health. *Psychiatry, Psychology and Law*, 1-14.  
<https://doi.org/10.1080/13218719.2015.1054923>
- Begun, A., Early T., y Hodge, A. (2015). Mental Health and Substance Abuse Service Engagement by Men and Women During Community Reentry Following Incarceration. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 43, 207-218. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0632-2>
- Blackburn, A., y Goetter, E. (2020). Treatment of anxiety disorders in the digital age. En E. Bui, M. Charney y A. Baker. (Eds), *Clinical Handbook of Anxiety Disorders: From Theory to Practice* (pp. 297-313). USA: Current Clinical Psychiatry.
- Bond, F., Hayes, S., Baer, R., Carpenter, K., Orcutt, H., Waltz, T. y Zettle, R. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire –II: A revised measure of psychological flexibility and acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.  
<https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>.
- Bono, R., y Arnau, J. (2014). *Diseños de caso único en ciencias sociales y de la salud*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Brillhart, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy. En J. Davies y C. Nagi. (Eds). *Individual Psychological Therapies in Forensic Settings: Research and Practice* (pp. 11-27). London y New York, Estados Unidos: Routledge.
- Brossart, D., Laird, V., y Armstrong, T. (2018). Interpreting Kendall's Tau and Tau-U for single-case experimental designs. *Cogent Psychology*, 5(1).  
<https://doi.org/10.1080/23311908.2018.1518687>

Bustamante, R., Paredes, J., Aviñó, D., González, J., Pitarch, C., Martínez, L., y Arroyo, J.

(2013). Diseño participativo de una Guía para la Promoción de la Salud Mental en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 15(2), 44-53.

<https://doi.org/10.4321/s1575-06202013000200002>

Castro, M., y Arancibia, H. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G\*power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud y sociedad*, 5 (2), 210 – 224.

Ciarrochi, J., Bailey, A., y Harris, R. (2014). *The weight escape: How to stop dieting and start living*. Boston: Shambhala Publications.

Colegio Colombiano de Psicólogos, COLPSIC. (2020). *Referentes éticos mínimos para la práctica de la Telepsicología*. Bogotá, Colombia.

Colegio Colombiano de Psicólogos, COLPSIC. (2017). *Doctrina 2: El secreto profesional en psicología*. Bogotá, Colombia.

Colegio Colombiano de Psicólogos, COLPSIC. (2016). *Doctrina 1: Registro y tratamiento de la información en los distintos campos de ejercicio profesional de la psicología*. Bogotá, Colombia.

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2015). *CONPES 3828: Política Penitenciaria y Carcelaria en Colombia*. Recuperado de <http://www.politicacriminal.gov.co/Portals/0/documento/CONPES%20Pol%C3%ADtica%20penitenciaria%20y%20carcelaria%202015.pdf>

Corte Constitucional, Sentencia T-762-15 (M.P. Gloria Stella Ortiz Delgado; 2015).

- Defensoría del pueblo. (2015). *Informe atención en salud mental a población privada de la libertad*. Recuperado de <https://www.defensoria.gov.copublic/pdf/01/Atencion-en-salud-mental-2015.pdf>
- De la Torre, M., y Pardo, R., (2018). *Guía para la intervención telepsicológica*. España: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Recuperado de <https://www.psichat.es/guia-para-la-intervencion-telepsicologica-2019.pdf>
- Echeverri, J. (2010). La prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Revista Pensando Psicología*, 6 (11), 157-166. Recuperado de <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/375>
- Echeburúa, E., Amor, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F., y Muñoz, J. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas, *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>
- Eifert, G., McKay, M., y Forsyth, J. (2006). *ACT on life not on anger: The new Acceptance and Commitment Therapy Guide to problem Anger*. Canada: New Harbinger Publications.
- Eisenbeck, N., Scheitz, K., y Szekeres, B. (2016). A brief Acceptance and Commitment Therapy-based intervention among violence-prone male inmates delivered by novice therapists. *Psychology, Society, & Education*, 8 (3), 187-199. <https://doi.org/10.25115/psy.v8i3.173>
- Flores, M. (2018). *ACT y Mindfulness: una nueva vía en el ámbito de la violencia de genero. Una propuesta terapéutica para entornos penitenciarios basada en las terapias contextuales*. (Trabajo de grado). Universidad del Pais Vasco, España. Recuperado de



Protocolo breve online de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre sintomatología emocional y flexibilidad psicológica en pospenados 67

<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/29743/Flores%20Romero%20Mahelet.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Fundación Ideas para la paz, FIP. (2018). *¿Qué hacer con la reindigencia delincuencial? El problema y sus posibles soluciones*. Series Notas estratégicas 04. Recuperado de <http://cdn.ideaspaz.org/media/website/document/5ab12f3adfb8f.pdf>

Gillanders, D., Bolderston, H., Bond, F., Dempster, M., Flaxman, P., Campbell, L. Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., y Remington, B. (2014). The development and initial validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, 45, 83-101.  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

Gómez, M., Luciano, C., Páez, M., Ruiz, F., Valdivia, S., Gil, B. (2014). Brief ACT Protocol in At-risk Adolescents with Conduct Disorder and Impulsivity. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14 (3), 307-332. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen14/num3/390/brief-act-protocol-in-at-risk-adolescents-EN.pdf>

González, M., Inbañez, I., y Barrera, A. (2017). Rumiación, preocupación y orientación negativa al problema: procesos transdiagnósticos de los trastornos de ansiedad, de la conducta alimentaria y del estado de ánimo, *Acta Colombiana de Psicología*, 20(2), 30-41. doi: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.3>

González, A., Fernández, P., Rodríguez, F., y Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 18-27.  
[https://doi.org/10.1016/s1697-2600\(14\)70033-x](https://doi.org/10.1016/s1697-2600(14)70033-x)

- Hacker, T., Stone, P., y MacBeth, A. (2016). Acceptance and commitment therapy – Do we know enough? Cumulative and sequential meta-analyses of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*, 190, 551–565. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.10.053>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., y Guerrero, F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How Empirically Oriented Are the New Behavior Therapy Technologies?. *Behavior Therapy*, 35, 35-54. [https://doi.org/10.1016/s0005-7894\(04\)80003-0](https://doi.org/10.1016/s0005-7894(04)80003-0)
- Hayes, S., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S., Levin, M., Plumb, J., Villatte, J., y Pistorello, J. (2012). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44 (2), 180-198. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2009.08.002>
- Hayes, S., Strosahl, K., y Wilson, K. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Proceso y práctica del cambio consciente*. España: [Desclée De Brouwer](#).
- Herbert, MS., Afari, N., Liu, L., Heppner, P., Rutledge, T., Williams, K., Eraly, S., VanBuskirk, K., Nguyen, C., Bondi, M., Atkinson, JH., Golshan, S., Wetherell, JL. (2016). Telehealth versus In-Person Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain: A Randomized Non-Inferiority Trial, *Journal of Pain*. doi: 10.1016/j.jpain.2016.10.014.

- Hernández, N. (2018). El fracaso de la resocialización en Colombia. *Revista de derecho, Universidad del Norte*, 49, 1-41. <http://dx.doi.org/10.14482/dere.49.10801>
- Huck, S. (2012). *Reading Statistics and research*. Knoxville: Pearson.
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC (2011). *Caracterización y perfilación criminológica y penitenciaria de la población condenada y privada de la libertad en los establecimientos de reclusión del INPEC y propuesta para el direccionamiento del tratamiento penitenciario en Colombia*. Recuperado de <https://relatores tematicos.uniandes.edu.co/images/stories/relatorias/PRISIONES-OCT2011/ENT.ESTATALES/INPEC/OTROSDOCUMENTOS/caracterizacionyperfilacioncriminologica2011.pdf>
- Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC. (2019). *Informe Estadístico*. Recuperado de [www.inpec.gov.co/INFORME+ESTADISTICO+ENERO+2019.pdf](http://www.inpec.gov.co/INFORME+ESTADISTICO+ENERO+2019.pdf)
- Kelson, J., Rollin, A., Ridout, B., y Campbell, A. (2019). Internet-Delivered Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety Treatment: Systematic Review, *Journal of Medical Internet Research*, 21 (1). <https://doi.org/10.2196/12530>
- Larrotta, C., Luzardo, B., Vargas, C., y Rangel, N. (2014). Características del comportamiento suicida en cárceles de Colombia. *Revista Criminalidad*, 56 (1), 83-95. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v56n1/v56n1a06.pdf>
- Ley 1090 del 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Septiembre 6 de 2006.
- Liem, M., y Kunst, M. (2013). Is there a recognizable post-incarceration syndrome among released “lifers”? *International Journal of Law and Psychiatry*, 36, 333-337. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.012>

- Listwan, S., Colvin, M. Hanley, D., y Flannery, D. (2010). Victimization, Social Support, and Psychological Well-Being: A Study of Recently Released Prisoners. *Criminal justice and behavior*, 37 (10), 1140-1159. <https://doi.org/10.1177/0093854810376338>
- Listwan, S., Hanley, D., y Colvin, M. (2012). *The Prison Experience and Reentry: Examining the Impact of Victimization on Coming Home*. National Institute of Justice: Estados Unidos.
- Luciano, C., Valdivia, S., Gutiérrez, O., y Páez, M. (2006). Avances desde la terapia de aceptación y compromiso (ACT). *Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5 (2), 173-201. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147831>
- Ministerio de Justicia y del derecho, Oficina de control interno. (2019). *Informe de Evaluación y Verificación del Proyecto Casa Libertad*. Recuperado de [https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Ministerio/Planeacion\\_gestion\\_y\\_control/auditorias%20control%20interno/auditorias%20internas/2019/Certificacion%20Minjusticia%20e-KOGUI%20do%20semestre%202018.pdf](https://www.minjusticia.gov.co/Portals/0/Ministerio/Planeacion_gestion_y_control/auditorias%20control%20interno/auditorias%20internas/2019/Certificacion%20Minjusticia%20e-KOGUI%20do%20semestre%202018.pdf)
- Mohammadi, M., Farhoudian, A., Shoaee, F., Younesi., S., y Dolatshahi, B. (2015). Aggression in Juvenile Delinquents and Mental Rehabilitation Group Therapy Based on Acceptance and Commitment. *Iranian Rehabilitation Journal*, 13 (2), 5-9. Recuperado de [https://contextualscience.org/publications/aggression\\_in\\_juvenile\\_delinquents\\_and\\_mental\\_rehabilitation\\_group\\_therapy](https://contextualscience.org/publications/aggression_in_juvenile_delinquents_and_mental_rehabilitation_group_therapy)
- Niño, A., Díaz, M., y Ramírez, N. (2017). Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Carta Comunitaria*, 25(143), 77-88. <https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.85>

- Novo, M., Pereira, A., Vázquez, M., Amado, B. (2017). Adaptación a la prisión y ajuste psicológico en una muestra de internos en centros penitenciarios. *Acción Psicológica*, 14 (2), 113-128. <https://doi.org/10.5944/ap.14.2.20784>
- Oficina de las Naciones Unidas Contra la droga y el delito, UNODC. (2011). Manual sobre Reclusos con necesidades especiales. Organización de las Naciones Unidas: Panamá.
- Ordoñez, K. (2016). Impacto de los programas de resocialización en la reinserción social de la población reclusa (Tesis pregrado). Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Recuperado de <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/12840>
- Organización Mundial de la salud, OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013 -2020*. Recuperado de [https://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/)
- Pardo, A., y Ruiz, A. (2005). Análisis de datos con SPSS 13 Base. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Parker, R., Vannest, K., Davis, J., y Sauber, S. (2011). Combining Nonoverlap and Trend for Single-Case Research: Tau-U. *Behavior Therapy*, 42, 284–299. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.08.006>
- Perea, L. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva, *Drugs and addictive behavior*, 2 (1), 99-121. <https://doi.org/10.21501/24631779.2264>
- Piñeros, V. (2014). Diagnostico situacional asociado al ejercicio de la salud pública dentro del Sistema Nacional Penitenciario y Carcelario Colombiano. Una mirada desde la óptica territorial y organizacional (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de <http://bdigital.unal.edu.co/40984/1/5599357.2014.pdf>

Resolución número 8430 de 1993 [Ministerio de salud]. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Octubre 4 de 1993.

Resolución número 2454 de 2019 [Ministerio de salud y protección social. Por la cual se establecen disposiciones para la telesalud y parámetros para la práctica de la telemedicina en el país. Octubre 3 de 2019.

Riley, B., Smith, D., y Baigent, M. (2019). Mindfulness and Acceptance Based Group Therapy: An Uncontrolled Pragmatic Pre-Post Pilot Study in a Heterogeneous Population of Female Prisoners. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 0, 1-14. <https://doi.org/10.1177/0306624x19858487>

Ruiz, F., Flórez, C., García-Martín, M., Monroy-Cifuentes, A., Barreto-Montero, K., García-Beltrán, D., Riaño-Hernández, D., Sierra, M., Suárez-Falcón, J., Cardona-Betancourt, V., y Gil-Luciano, B. (2018). A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*.

Ruiz, F., Suárez, J., Cárdenas, S., Durán, Y., Guerrero, K., y Riaño, D. (2016). Psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire – II in Colombia. *The Psychological Record*, 66, 429-437. <https://doi.org/10.1007/s40732-016-0183-2>

Ruiz, F., García, M., Suárez, J., y Odriozola, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen17/num1/456/mindfulness-personalidad-y-sugestionalibilidad-ES.pdf>

- Ruiz, F., Suárez, J., Riaño, D., y Gillanders, D. (2017). Psychometric properties of the Cognitive Fusion Questionnaire in Colombia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 49, 80-87.  
<https://doi.org/10.1016/j.rlp.2016.09.006>
- Ruiz, F., Suárez, J., Riaño, D., y Gil, B. (en revisión). Psychometric properties of the Spanish version of the Valuing Questionnaire in Colombia. Recuperado de  
<http://blogs.konradlorenz.edu.co/files/vq.pdf>
- Ruiz, F.J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.  
Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/560/56017066008.pdf>
- Ruiz, J. (2007). Síntomas psicológicos, clima emocional, cultura y factores psicosociales en el medio penitenciario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (3), 547-561.  
Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80539308>
- Sahagún, L., y Salgado, C. (2013). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con hombres que cumplen condena por maltrato. Un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13 (3), 289-305. Recuperado de <https://www.ijpsy.com/volumen13/num3/362/aplicacin-de-la-terapia-de-acceptacin-y-ES.pdf>
- Sandín, B., Choroty, P. y Valiente, R. (2012) Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (3), 185-203. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012>.
- Shinkfield, A., y Graffam, J. (2009). Community Reintegration of Ex-Prisoners: Type and Degree of Change in Variables Influencing Successful Reintegration. *International*

Protocolo breve online de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre sintomatología emocional y flexibilidad psicológica en pospenados 74

*Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53 (1), 29-42.

<https://doi.org/10.1177/0306624x07309757>

Siegel, R. (2011). *La solución Mindfulness: Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*.

España: Desclée De Brouwer.

Singh, J., y Fazel, S. (2010). Forensic risk assessment: A metareview. *Criminal Justice and*

*Behavior*, 37, 965-988. <https://doi.org/10.1177/0093854810374274>

Smout, M., Davies, M., Burns, N., & Christie, A. (2014). Development of the Valuing

Questionnaire (VQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 164–172.

<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.001>

Sotelo, E., y Carrión, E. (2014). *Programa de preparación para la libertad y servicio post-*

*penitenciario*. Universidad Nacional de Colombia: Ministerio de Justicia y del derecho.

Stoddart, J., y Afari, N. (2014). *The big book of ACT metaphors: A Practitioner's Guide to*

*Experiential Exercises and Metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. Canada:

New Harbinger Publications.

Suarez, M. (2010). La Importancia del Análisis de los Acontecimientos Vitales Estresantes en la

Práctica Clínica. *Revista Médica La Paz*, 16 (2). 58-62.

Strosahl, K., Robinson, P., y Gustavsson, T. (2012). *Brief Interventions for Radical Change*.

Canadá: New Harbinger Publications.

Tuerk, P., Keller, S., y Acierno, R. (2018). Treatment for Anxiety and Depression via Clinical

Videoconferencing: Evidence Base and Barriers to Expanded Access in Practice, *Focus*,

16 (4), 363–369. doi: 10.1176/appi.focus.20180027



- Twohig, M., y Levin, M. (2017). Acceptance and Commitment Therapy as a Treatment for Anxiety and Depression: A Review. *Psychiatric Clinics of North América*, 40, 751-770. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.009>
- Vannest, K., Parker, R., Gonen, O., y Adiguzel, T. (2016). Single Case Research: web based calculators for SCR analysis. (Version 2.0). College Station, TX: Texas A&M University. Recuperado de <http://www.singlecaseresearch.org/calculators/tau-u>
- Vargas, A., y Coria, K. (2017). *Estrés postraumático: Tratamiento basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso*. México: Manual Moderno.
- Villagra, P., y González, A. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*, 25 (3), 307-312. <https://doi.org/10.7334/psicothema2012.292>
- Visher, C., Lattimore, P., Barrick, K. y Tueller, S. (2017). Evaluating the Long-Term Effects of Prisoner Reentry Services on Recidivism: What Types of Services Matter?. *Justice Quarterly*, 34 (1), 136-165. <https://doi.org/10.1080/07418825.2015.1115539>
- Ward, T., Yates, P., y Willis, G. (2011). The Good Lives Model and The Risk Need Responsivity Model: A Critical Response to Andrews, Bonta, and Wormith (2011). *Criminal Justice and behavior*, 39 (1), 94-110. <https://doi.org/10.1177/0093854811426085>
- Willis, G., Ward, T., y Levenson, J. (2013). The Good Lives Model (GLM): An Evaluation of GLM Operationalization in North American Treatment Programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26 (1), 58-81. <https://doi.org/10.1177/1079063213478202>
- Willis, G., Prescott, D., y Yates, P. (2013). The Good Lives Model (GLM) in Theory and Practice. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment*, 5 (1), 3 – 9. Recuperado de

[https://responsesystemspanel.whs.mil/Public/docs/meetings/Sub\\_Committee/20140225\\_CSS/Materials\\_Presenters/08\\_TheGoodLivesModel\\_Willis\\_Prescott\\_Yates\\_2013.pdf](https://responsesystemspanel.whs.mil/Public/docs/meetings/Sub_Committee/20140225_CSS/Materials_Presenters/08_TheGoodLivesModel_Willis_Prescott_Yates_2013.pdf)

- Wilson, K., y Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y compromiso: Un tratamiento conductual orientado a valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Yavuz, K., Sahin, O., Ulusoy, S., Ipek, O., y Kurt, E. (2016). Experiential avoidance, empathy, and anger-related attitudes in antisocial personality disorder. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 46, 1792-1800. <https://doi.org/10.3906/sag-1601-80>
- Yuen, E., Goetter, E., Stasio, M., Ash, P., Mansour, B., McNally, E., Sanchez, M., Hobar, E., Forte, S., Zulaica, K., y Watkins, J. (2019). A pilot of acceptance and commitment therapy for public speaking anxiety delivered with group videoconferencing and virtual reality exposure, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2019.01.006>
- Zabala, C. (2016). Prevalencia de trastornos mentales en prisión: Análisis de la relación con delitos y reincidencia (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <https://eprints.ucm.es/35879/>
- Zettle, R. (2007). ACT for depression: a clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression. Canada: New Harbinger Publications.

## ANEXOS

### Anexo 1. Formato de datos sociodemográficos

Lea atentamente el siguiente cuestionario y responda cada una de las preguntas si considera que aplican a su vida, por favor responda las preguntas con sinceridad y con la mayor información posible, recuerde que lo escrito en este documento es con fines terapéuticos y la información recolectada será usada en la evaluación y servirá durante la intervención psicológica. Si tiene alguna duda, por favor deje el espacio en blanco y consulte con el investigador.

INFORMACIÓN GENERAL			
Nombre completo			
N° documento		Celular	
Fecha y lugar de nacimiento		Edad	
Nivel de Escolaridad		Ocupación	
Lugar de residencia		Estado civil	
En caso de emergencia avisar a		Teléfono	
HISTORIA DELICTIVA			
Delito de última condena		Tiempo en prisión (en meses)	
¿Consumió alcohol o drogas al cometer el último delito?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? _____		
¿Ha estado detenido anteriormente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° de veces: _____	¿Ha sido condenado anteriormente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> N° de veces: _____
Delitos por los que ha ingresado a la cárcel antes			

Edad del primer delito		Edad del primer ingreso a prisión	
¿Hace cuánto salió de la cárcel? (en meses)			
Describa qué dificultades ha tenido desde que salió de la cárcel			
<b>ANTECEDENTES MÉDICOS</b>			
En la actualidad sufre, o anteriormente ha sufrido de alguna enfermedad crónica	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Actualmente se encuentra bajo tratamiento con fármacos	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Ha tenido tratamiento psicológico o psiquiátrico	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál? _____ ¿Cuándo fue la última vez que asistió?	
¿Ha sido diagnosticado con algún trastorno mental?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Si existen o han existido problemas mentales o emocionales en su familia, por favor descríbalos			
<b>AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL</b>			
¿Actualmente tiene pareja?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Cuántos hijos tiene?	
¿Con quién convive? Escriba solo el parentesco			
¿Qué tipo de relación predomina en su familia (es una familia unida, conflictiva, afectuosa, distante, etc.). Por favor, descríbala:			
¿Qué tipo de aficiones o intereses tenía en el pasado y actualmente ya no tiene?			

<b>¿Qué tipo de aficiones o actividades de recreación que no está realizando en la actualidad le gustaría desarrollar en el futuro?</b>	
<b>Cuáles son sus gustos, preferencias, situaciones o/y actividades que le generan agrado o placer:</b>	
<b>¿Tiene o ha tenido dificultades para establecer relaciones efectivas con otras personas? Por favor, explique:</b>	
<b>¿Tiene familiares y/o amigos que actualmente presentan consumo de sustancias psicoactivas?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>¿Tiene familiares y/o amigos que actualmente cometan delitos?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>AMBITO SEXUAL</b>	
<b>¿Actualmente tiene relaciones sexuales con múltiples personas?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>¿Ha tenido o tiene relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol y/o drogas?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>¿En su última relación sexual utilizo condón?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>¿Ha tenido o tiene dificultades a nivel sexual?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Por favor, explique: _____
<b>AMBITO EMOCIONAL</b>	
<b>¿Qué situaciones, cosas, personas o actividades le producen malestar, incomodidad, tensión, rabia, frustración o tristeza? Por favor, explique:</b>	
<b>¿Cómo reacciona cuando se encuentra enojado/a? ¿Qué hace?</b>	

<b>¿Cómo reacciona cuando se encuentra triste? ¿Qué hace?</b>		
<b>¿Cuáles son sus mayores temores?</b>		
<b>¿Ha sido víctima de violencia física, psicológica y/o sexual?</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> Por favor, explique:	
<b>¿Ha pensado alguna vez en suicidarse o lo ha intentado?</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> ¿Cuántas veces? _____ Por favor, hableme de ello	
<b>OTRAS ÁREAS DE AJUSTE</b>		
<b>¿Qué le gustaría lograr durante su vida?</b>		
<b>¿Ha estado desempleado alguna vez?</b>	<b>SI</b> <input type="checkbox"/>  <b>NO</b> <input type="checkbox"/>	<b>Por qué estuvo desempleado?</b> _____ _____ <b>¿Durante cuánto tiempo?</b> _____ <b>¿Cómo se mantenía?</b> _____

<p><b>¿Actualmente consume alguna sustancia psicoactiva? (Alcohol, cigarrillo, marihuana, cocaína, otras sustancias y/o medicamentos psiquiátricos no preinscritos como rivotril, clonazepam, entre otros)</b></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique las sustancias:</p>
<p><b>¿Con qué frecuencia consume esta/s sustancias psicoactivas?</b></p>	<p>Semanal: <input type="checkbox"/> ¿Cuántos días a la semana? _____  Mensual: <input type="checkbox"/> ¿Cuántos días en el mes? _____  Ocasionalmente: <input type="checkbox"/> Explique:</p>
<p><b>¿A qué edad probó la primera sustancia psicoactiva?</b></p>	
<p><b>¿Trató de dejar el consumo de drogas en algún momento?</b></p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Por qué? _____</p>

Muchas gracias por la información brindada y su dedicación para responder este cuestionario.

## Anexo 2. Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ II)



### AAQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.					1	2 3 4 5 6 7
2. Tengo miedo de mis sentimientos.					1	2 3 4 5 6 7
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.					1	2 3 4 5 6 7
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.					1	2 3 4 5 6 7
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.					1	2 3 4 5 6 7
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.					1	2 3 4 5 6 7
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.					1	2 3 4 5 6 7





### Anexo 3. Cuestionario de Fusión Cognitiva (CFQ)



#### CFQ

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado. Utilice la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. Mis pensamientos me causan angustia o dolor emocional.	1	2	3	4	5	6	7
2. Me quedo tan enganchado a mis pensamientos que no soy capaz de hacer las cosas que más quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
3. Analizo las situaciones demasiado, hasta el punto de que no me resulta útil.	1	2	3	4	5	6	7
4. Lucho contra mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Me enfado conmigo mismo por tener determinados pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tiendo a enredarme mucho en mis pensamientos.	1	2	3	4	5	6	7
7. Me resulta muy difícil dejar pasar los pensamientos molestos incluso cuando sé que hacerlo me ayudaría.	1	2	3	4	5	6	7



#### Anexo 4. Cuestionario de Valores (VQ)



##### VQ

Por favor, lea cada frase cuidadosamente y haga un círculo en el número que mejor describa cómo de cierta ha sido esa frase para usted DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY.

0	1	2	3	4	5	6	
En absoluto verdad						Completamente verdad	
1. Pasé un montón de tiempo pensando sobre el pasado o el futuro en vez de dedicarme a actividades que eran importantes para mí.	0	1	2	3	4	5	6
2. Estuve básicamente en “piloto automático” la mayor parte del tiempo.	0	1	2	3	4	5	6
3. Trabajé para conseguir mis metas incluso cuando no me sentía motivado.	0	1	2	3	4	5	6
4. Estuve orgulloso de cómo viví mi vida.	0	1	2	3	4	5	6
5. Hice progresos en las áreas de mi vida que más me importan	0	1	2	3	4	5	6
6. Los pensamientos, sentimientos y recuerdos difíciles se interpusieron en el camino de lo que quería hacer.	0	1	2	3	4	5	6
7. Continué mejorando en ser el tipo de persona que deseo ser.	0	1	2	3	4	5	6
8. Cuando las cosas no fueron según lo planeado, me di por vencido fácilmente	0	1	2	3	4	5	6
9. Me sentí como si tuviera un propósito en la vida	0	1	2	3	4	5	6
10. Parecía como si estuviera comportándome de manera mecánica en vez de centrarme en lo que era importante para mí.	0	1	2	3	4	5	6



## Anexo 5. Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).



### DASS-21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica en qué grado le ha ocurrido a usted esta afirmación *durante la semana pasada*. La escala de calificación es la siguiente:

**0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.**

1.	Me ha costado mucho descargar la tensión .....	0	1	2	3
2.	Me di cuenta que tenía la boca seca .....	0	1	2	3
3.	No podía sentir ningún sentimiento positivo .....	0	1	2	3
4.	Se me hizo difícil respirar .....	0	1	2	3
5.	Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas .....	0	1	2	3
6.	Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones .....	0	1	2	3
7.	Sentí que mis manos temblaban .....	0	1	2	3
8.	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía .....	0	1	2	3
9.	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo .....	0	1	2	3
10.	He sentido que no había nada que me ilusionara .....	0	1	2	3
11.	Me he sentido inquieto .....	0	1	2	3
12.	Se me hizo difícil relajarme .....	0	1	2	3
13.	Me sentí triste y deprimido .....	0	1	2	3
14.	No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo....	0	1	2	3
15.	Sentí que estaba al punto de pánico .....	0	1	2	3
16.	No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17.	Sentí que valía muy poco como persona .....	0	1	2	3
18.	He tendido a sentirme enfadado con facilidad .....	0	1	2	3
19.	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20.	Tuve miedo sin razón .....	0	1	2	3
21.	Sentí que la vida no tenía ningún sentido .....	0	1	2	3



## Anexo 6. Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R)

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/Bastante	5 o más veces por semana/Mucho
Reexperimentación			
Ítems	Valoración		
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3		
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3		
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3		
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3		
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3		

Puntuación en reexperimentación: \_\_\_\_ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3

Puntuación en evitación: \_\_\_\_ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	
Ítems	Valoración
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0 1 2 3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0 1 2 3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0 1 2 3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0 1 2 3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0 1 2 3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0 1 2 3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0 1 2 3

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: \_\_\_\_ (Rango: 0-21)

<b>Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica</b>	
<i>Ítems</i>	<i>Valoración</i>
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0 1 2 3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0 1 2 3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0 1 2 3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0 1 2 3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0 1 2 3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0 1 2 3

## **Anexo 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

El presente documento provee a los participantes de esta investigación una clara explicación de su naturaleza, acerca de los procedimientos utilizados en el estudio y sus implicaciones.

El propósito de este estudio es identificar el efecto que tiene la Terapia de Aceptación y Compromiso en la flexibilidad psicológica y sintomatología emocional en pospenados. Esta investigación es conducida por Brenda Marcela Beltrán Sierra, estudiante de la Maestría en Psicología Clínica de la Fundación Universitaria Konrad Lorenz.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y podrá retirarse de la misma en cualquier momento sin que eso lo perjudique. La información recolectada será confidencial y se usará exclusivamente para esta investigación.

Se realizará un estudio de tipo clínico en modalidad online, el cual comprende inicialmente la implementación de una serie de instrumentos de evaluación, posteriormente, se realizara la aplicación de un protocolo breve en formato grupal de la Terapia de Aceptación y Compromiso de cinco sesiones; cada sesión se llevará a cabo una vez por semana con una duración de hora y media, y se utilizara la toma de mediciones a través de algunos instrumentos al inicio de cada sesión conjunto a un autorregistro semanal. Al finalizar con la implementación de la terapia se realizara la aplicación de los instrumentos iniciales y se tendrá una sesión de seguimiento del proceso de intervención. La labor del participante es responder a los cuestionarios que se le proponen y asistir a todas las sesiones.

Los datos obtenidos durante la investigación serán conocidos únicamente por los autores del estudio y no se divulgará ningún tipo de información personal. La participación es anónima.

### **Declaración de consentimiento**

Protocolo breve online de la Terapia de Aceptación y Compromiso sobre sintomatología emocional y flexibilidad psicológica en pospandemia 89

Yo, \_\_\_\_\_, identificado(a) con cédula de ciudadanía número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, declaro que la información que brindare durante la investigación es verdadera y corresponde a mi realidad. Manifiesto que he leído y comprendido íntegramente este documento y en consecuencia acepto participar en la presente investigación.

Entiendo que puedo obtener información acerca de esta investigación cuando haya concluido. Para esto puede comunicarse con Brenda Marcela Beltrán Sierra al correo electrónico [brendam.beltráns@konradlorenz.edu.co](mailto:brendam.beltráns@konradlorenz.edu.co).

\_\_\_\_\_

Firma del participante

\_\_\_\_\_

Nº Cédula

Consentimiento informado firmado a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_.